



UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO
PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES
CRÓNICAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO – CHINCHAO, HUÁNUCO
2016”**

Para optar el título profesional de:

LICENCIADO EN ENFERMERIA

TESISTA : Bachillerato en enfermería Yesenia Sharon
Faustino Cruz

ASESOR (A) : Lic. Enf. David Barrueta Santillán

HUÁNUCO – PERÚ

2016



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 11:00 horas del día 28 del mes de setiembre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------|
| • Mg. Amalia Verónica Leiva Yaro | Presidenta |
| • Mg. Bethsy Diana Huapalla Céspedes | Secretaria |
| • Lic. Enf. Bertha Sema Román | Vocal |

Nombrados mediante Resolución N°1611-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulo: "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ACOMAYO - CHINCHAO HUÁNUCO, 2016", presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Yesenia Sharon FAUSTINO CRUZ, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobada por unanimidad con el calificativo cuantitativo de atorce y cualitativo de suficiente.

Siendo las 11:50 horas del día 28 del mes de setiembre del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES
CRÓNICAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO – CHINCHAO, HUÁNUCO
2016”**

GLOSARIO

OMS	:	Organización Mundial de la Salud
SABE	:	Salud, Bienestar y Envejecimiento
MCS	:	Modelo de Creencias de Salud
NANDA	:	North American Nursing Diagnosis Association.
MENS	:	Monitores electrónicos acoplados al envase de los medicamentos
CTL	:	Control de las visitas a enfermería para recoger recetas incluidas en cartillas de largo tratamiento
EC	:	Enfermedad crónica

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi padre Héctor Faustino Bashi por ser el pilar más importante, por ser ese padre que siempre está pendiente de nosotras, un ejemplo de lucha y perseverancia y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

A mi madre Yolanda Cruz Celis por ser mi mejor amiga, consejera y por brindarme su apoyo incondicional, por compartir momentos significativos y gracias por estar siempre a mi lado, porque siempre estás ahí diciendo: “¡sigue!, tú puedes!, ¡yo sé que lograras todo lo que te propones!”.

A mi hermanita Solangel S. Faustino Cruz por ser una niña especial, el motor y motivo de la familia, un angelito que nos da fuerza día a día; para ti es esto y para ti serán todos mis logros.

A mi hermana Thalía A. Faustino Cruz por estar siempre dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento, por su apoyo incondicional, y sus locuras.

A mis tíos Oscar y Wilfredo Cruz Celis porque siempre están motivándome y apoyando en todo.

La autora.

AGRADECIMIENTO

A LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO, FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, alma mater quien me formo para un futuro Profesional.

A la directora Mg. Amalia Leiva Yaro, por el apoyo y orientación en nuestra formación.

Al Lic. Enf. David Barrueta Santillán por su guía en este proceso de investigación con su ayuda idónea me estímulo a seguir adelante.

A las Licenciadas miembros del Jurado que me apoyaron desinteresadamente y colaboraron con sus aportes invaluable para la culminación de esta tesis.

A la secretaria Hermelinda Rafaelo Comverso por su gran apoyo que me brindo día a día.

A mi tío Oscar cruz Celis licenciado en contabilidad por ayudarme en este camino de investigación, al gerente del centro de salud Acomayo Dr. Frank Bartra Berrospi, a la Lic. Enf. Florinda Falcón Cabrera, coordinadora del CAM, Lic. Enf Elena Criollo Timoteo jefa de la Estrategias Sanitaria Nacional Prevención y Control de Daños no Trasmisibles del Centro de Salud Acomayo.

La autora.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional con 80 adultos mayores, durante el periodo 2016. En la recolección de datos se utilizó dos encuestas una sobre las características generales y familiares y la segunda encuesta para medir la adherencia al tratamiento en los adultos mayores. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado.

RESULTADOS: El 56.3% no tiene adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas y 43.7% si tiene adherencia al tratamiento en el total de régimen a la adherencia, por otro lado, los regímenes relacionado al paciente, al medio ambiente, medicamentos y médico, profesional de enfermería - paciente se relacionaron significativamente con el nivel de adherencia todas con $P \leq 0,05$.

CONCLUSIONES: Es determinante la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas

ABSTRACT.

OBJECTIVE: To determine the adherence to treatment of chronic diseases in older adults who come to the Acomayo Health Center - Chinchao, Huánuco 2016

METHODS: A descriptive, correlation study was carried out with 80 elderly adults during the period 2016. Data collection used two surveys on the general and family characteristics and the second survey to measure adherence to treatment in the elderly. For the inferential analysis of the results Chi Square Test was used.

RESULTS: 56.3% had no adherence to treatment in chronic diseases and 43.7% had adherence to treatment in the total adherence regimen; on the other hand, patient, environment, medication and physician regimens, nursing professionals - patient were significantly related to the level of adherence all with $P \leq 0.05$.

CONCLUSIONS: The adherence to the treatment of chronic diseases in older adults who attend the Acomayo Health Center - Chinchao, Huánuco 2016 is determinant.

Key words: adherence to treatment of chronic diseases

INTRODUCCIÓN

La adherencia terapéutica o cumplimiento ha sido definida por la Organización mundial de salud¹ como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario

La falta de la adherencia en los tratamientos crónicos es un problema universal y real que compromete la efectividad de los mismos y se traduce en unos peores resultados en salud con un impacto negativo en el gasto sanitario. En este sentido, el objetivo de esta investigación es: Determinar la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

De tal manera esta investigación se organizó en cinco capítulos, un primer capítulo se aborda el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio.

El segundo capítulo considera el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales.

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación, misma que continúa de los siguientes aspectos: tipo de estudio, diseño de la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas.

Asimismo, en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación los descriptivos como los inferenciales.

Finalmente, en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados, las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE

	Página
GLOSARIO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
V ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii

CAPÍTULO I.**1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

1.1 Descripción del problema	17
1.2 Formulación del Problema	25
1.2.1 Problema general	25
1.2.2 Problema específico	25
1.3 Objetivos	26
1.3.1 Objetivo general	26
1.3.2 Objetivo específico	26
1.4 Hipótesis	27
1.4.1 Hipótesis general	27
1.4.2 Hipótesis específico	27
1.5 Variables	29
1.6 Operacionalización de las variables	31
1.7 Justificación	32

CAPÍTULO II.**2. MARCO TEÓRICO**

2. 1. Antecedentes de investigación	37
2. 2. Bases teóricas	46
2.2.1 Modelos de Determinación de la Salud.	46
2.2.2. Modelo de teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Dorothea Orem	47
2. 3. Bases conceptuales	50
2.3.1 Definición de adherencia	50
2.3.2 Importancia de la adherencia	56
2.3.3 Características sociodemográficos	56
2.3.4 Regímenes que influyen a la adherencia.	58
2.3.4.1 Régimen de adherencia relacionada con el paciente	61
2.3.4.2 Régimen de adherencia relacionada con el Medio A.	64
2.3.4.3 Régimen de adherencia relacionada con los medicamentos	66
2.3.4.4 Régimen de adherencia relacionada con el médico, profesional de enfermería y paciente	67
2.3.5. Tipos de no adherencia al tratamiento.	68

2.3.6. Métodos de detección de la no adherencia al tratamiento	70
2.3.7. Estrategias para el mejoramiento de la adherencia farmacológica y no farmacológica	70
2.3.8. Concepto de enfermedades crónicas	74
2.4. Definición de términos operacionales	77

CAPÍTULO III.

3. MARCO METODOLÓGICO

3. 1. Tipo de estudio	79
3. 2. Diseño del estudio	80
3. 3. Población	80
3.3.1. Criterio de inclusión y exclusión	81
3.3.2. Ubicación de la población en espacio y tiempo	81
3. 4. Muestra y muestreo	82
3.4.1. Unidad de análisis	82
3.4.2. Unidad de muestreo	82
3.4.3. Marco muestral	82
3.4.4. Tamaño de la muestra	82
3.4.5. Tipo de muestreo	83
3. 5. Métodos e instrumentos de recolección de datos	83
3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos	85
3.6.1. Validez de respuesta	85
3.6.2. Validación por racional	86
3.6.3. Confiabilidad del instrumento de recolección de datos.	86
3.7. Procedimientos de recolección de datos	88
3.8. Elaboración de los datos	90
3.9. Análisis de los datos	91
3.10. Consideraciones éticas	92

CAPITULO IV

4. ANALISIS DE RESULTADOS.

4.1. Resultados descriptivos.	94
4.2. Resultados inferenciales.	119

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados	124
5.2. Conclusión	128
5.3. Recomendaciones	129
Referencia bibliográfica	130
Anexos	142

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pagina
Anexo 01: Guía de encuesta sobre las características generales y familiares del adulto mayor	137
Anexo 02: Guía de encuesta para medir la adherencia en los adultos mayores	140
Anexo 03: Consentimiento informado.	144
Anexo 04: Solicitud para realizar el estudio.	146
Anexo 05: Constancia de validación por jueces.	148
Anexo 06: Matriz de consistencia.	151

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Estimación de confiabilidad por el método de consistencia interna Kuder Richardson (KR20) para el anexo 02, guía de encuesta para medir la adherencia al tratamiento en los adultos mayores.	89
Tabla 2	Características sociodemográficas de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	95
Tabla 3	Características familiares de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016	102
Tabla 4	Característica del estado de salud de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	106
Tabla 5	Característica socioeconómica de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	110
Tabla 6	Régimen de adherencia relacionado con el paciente adulto mayor que acude al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	115
Tabla 7	Régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente del adulto mayor que acude al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	116
Tabla 8	Régimen de adherencia relacionado con los medicamentos del adulto mayor que acude al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	117
Tabla 9	Régimen de adherencia relacionado médico- profesional de enfermería – paciente del adulto mayor que acude al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	118
Tabla 10	Total de adherencia de las 4 demisiones del adulto mayor que acude al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	119

Tabla 11	Relación del régimen de adherencia relacionado con el paciente con el tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	120
Tabla 13	Relación del régimen de adherencia relacionado con los medicamentos al tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	122
Tabla 14	Relación del régimen de adherencia relacionado con el médico- el profesional de enfermería y paciente al tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	123
Tabla 15	Relación del total de adherencia de las 4 dimensiones o regímenes en general al tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	124

	ÍNDICE DE FIGURAS	Pág.
Figura 1	Representación gráfica de la edad en años de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo- Chinchao, Huánuco 2016	96
Figura 2	Figura 2. Representación gráfica del género de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	97
Figura 3	Representación gráfica de la procedencia de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	98
Figura 4	Representación gráfica del grado de instrucción de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	99
Figura 5	Representación gráfica el estado civil de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	100
Figura 6	Representación gráfica la religión de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	101
Figura 7	Representación gráfica de con quien vive el adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	103
Figura 8	Representación gráfica cuántos hijos tiene el adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	104
Figura 9	Representación gráfica si el adulto mayor tiene alguna responsabilidad familiar que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	105
Figura 10	Representación gráfica de que enfermedad padece el adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016.	107
Figura11	Representación gráfica del tiempo que padece la enfermedad el adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	108

Figura12	Representación gráfica sobre el seguro de salud de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	109
Figura13	Representación gráfica si cuenta con algún ingreso económico los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	111
Figura14	Representación gráfica si tiene disponibilidad económica su familia para atender sus necesidades de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	112
Figura15	Representación gráfica si tiene disponibilidad económica su familia para atender sus necesidades de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	113
Figura16	Representación gráfica recursos económicos para trasladarse los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	114
Figura17	Representación gráfica del régimen de adherencia relacionado con el paciente del adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	115
Figura18	Representación gráfica del régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente del adulto mayor que acude al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016	116
Figura19	Representación gráfica del régimen de adherencia relacionado con los medicamentos del adulto mayor que acude al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016.	117
Figura20	Representación gráfica del régimen de adherencia relacionado médico- profesional de enfermería – paciente del adulto mayor que acude al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016.	118
Figura21	. Representación gráfica el total de régimen de las 4 dimensiones de la adherencia al tratamiento del adulto mayor que acude al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016.	119

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Según Meichenbaum y Turk² la conceptualización de adherencia al tratamiento ha implicado la delimitación y diferenciación de otros términos como el de cumplimiento de prescripciones médicas, alianzas terapéuticas, cooperación y adhesión terapéutica, entre otros.

Aunque existe polémica en torno a los términos de adhesión y adherencia, la adherencia al tratamiento es el término, más adecuado por el sentido de salud que entraña Martin y Grau³, siendo este término respaldado también por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ en el 2004.

Siendo así que las enfermedades crónicas⁵ por falta de adherencia al tratamiento hoy se han convertido en un problema alarmante para la humanidad siendo la principal causa de morbilidad ya que representan alrededor del 60% de todas las muertes a nivel mundial y de discapacidades mundiales pues cerca del 46% de la población tiene alguna enfermedad crónica⁶.

En el 2005, 35 millones de personas murieron de una enfermedad crónica; de ellas la mitad corresponda al sexo femenino y presentaban mayores de 70 años de edad⁷.

En el 2007 la organización mundial de la Salud (OMS)⁸ informó que 17 millones de personas morían cada año a causa de alguna enfermedad crónicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹ resalta las repercusiones económicas de las enfermedades crónicas.

Esta es una situación muy grave, tanto para la salud pública como para las sociedades y las economías afectadas, y se prevé que el número de víctimas aumente, es fundamental que los países examinen y apliquen las medidas sanitarias que se saben que pueden reducir las muertes por enfermedades crónicas.

Así mismo se propone un objetivo mundial: Disminuir la tendencia prevista para la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en un 2% anual hasta el 2015, logrando así evitar que 36 millones de personas mueran de enfermedades crónicas en el próximo decenio.

También allí se hace alusión, a que el 80% de las enfermedades crónicas se producen en los países pobres donde vive la mayor parte de la población mundial.

Siendo así la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹⁰ reconoce la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia terapéutica, así como sus repercusiones para la salud de la población y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud.

Por lo tanto, también refiere que los padecimientos crónicos requieren de tratamientos de larga duración o a largo plazo para su adecuada evolución y control.

Estos deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente.

En la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, el hecho de que la persona cumpla o no con las prescripciones médicas es de gran importancia. Asimismo, debido a la duración significativa de la enfermedad crónica, el individuo necesita aprender a vivir con ella, por lo cual la intervención se debe encaminar a la modificación de la conducta, el control del estrés y la responsabilidad de cada persona con su salud.

En los países más desarrollados, las principales afecciones crónicas de los adultos mayores son las enfermedades osteomusculares, las deficiencias sensoriales, las afecciones más limitantes son la demencia y las enfermedades cardiovasculares.

En el caso de países subdesarrollados, las enfermedades crónicas de los adultos mayores, están exacerbadas por la pobreza persistente y la falta de servicios apropiados, ^{las} enfermedades crónicas más comunes son hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipidemia¹¹.

Considerando en el contexto de las enfermedades crónicas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios¹².

El cumplimiento de las prescripciones médicas, en tanto comportamiento humano relacionado con la salud y la enfermedad¹³, ha sido objeto de constante atención para la ciencia de la salud; se considera una de sus principales líneas de investigación por ser un problema importante y no estar aun totalmente

resueltos su definición e incidencia, los factores que la afectan, los procedimientos para su evaluación y las estrategias para su intervención¹⁴.

Las enfermedades crónicas en el Perú es un problema creciente y los tratamientos con frecuencia son de larga duración y por lo general de progresión lenta por lo que se requiere que los pacientes modifiquen sus hábitos cotidianos, ya que en las terapias pueden incluir cambios en la dieta, administración de medicamentos, ejercicios, entre otros.

Estos cambios requieren de adherencia terapéutica de los pacientes y familiares. La adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos y es un componente importante de su salud. En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento de gasto sanitario¹⁵.

A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y si no se tratan adecuadamente y oportunamente, tiende a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas¹⁶.

Las características de las enfermedades crónicas en el anciano son pluripatológicas, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional.

Este último es el punto final de muchas enfermedades en los ancianos, desde las más leves, hasta las más graves.

Un amplio porcentaje de los ancianos pasa un tiempo más o menos largo de incapacidad previa a la muerte, especialmente en las mujeres, cuya esperanza de vida es mayor a expensas de un mayor tiempo de dependencia funcional¹⁷.

En muchas ocasiones no hay una relación directa entre enfermedad y deterioro funcional, ya que un trastorno menor puede resultar en mayor deterioro que una enfermedad de peor pronóstico, más grave o crónica.

Algunos estudios describen resultados inconsistentes acerca del perfil anciano incumplidor. Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano sí lo son; los datos disponibles sugieren que el aumento de médicos prescriptores, la poli medicación, la complejidad de la pauta posología, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano¹⁸.

El impacto de las enfermedades crónicas en el estado funcional es mayor en los pacientes de edad avanzada, es decir adultos mayores; ya que hay déficit en los órganos del cuerpo, la estructura ósea y la masa muscular; al igual, que se reduce el funcionamiento de los órganos sensoriales.

Asimismo, son comunes los fallos de la memoria, la actividad intelectual se vuelve más lenta, y disminuye la capacidad de atención, de razonamiento lógico y de cálculo en algunos adultos mayores¹⁹; esta situación, sumado a las enfermedades crónicas, hacen que el adulto mayor sea incapaz de desarrollar

plenamente su autonomía y se incrementa la relación de dependencia con el médico²⁰.

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas²¹, alrededor del 30% de los medicamentos, son formulados en adultos mayores, pero cerca del 50% de ellos no siguen los esquemas de tratamiento prescritos por el médico tratante²².

El consumo diario por ancianos oscila entre dos o tres medicamentos y más del 75% los consume de forma crónica; si se tiene en cuenta la automedicación este asciende a más de 5 medicamentos²³.

Si no se toma la medicación o no se siguen las normas establecidas por el médico es de esperar unas consecuencias negativas para la salud²⁴ y un incremento de los costes difícil de justificar; en sujetos mayores de 65 años la falta de adherencia a tratamientos crónicos²⁵.

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial.

Entre estas se encuentran la falta de respuesta terapéutica generadora de retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos que acrecientan el riesgo de la

aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento, así mismo refiere que puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, familiar, económico, laboral y social.

En lo personal el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico y psicológico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida.

En el punto de vista económico constituye un gasto en tiempo y recursos invertidos en la producción, así como en el estudio de la eficacia y seguridad de medicamentos que el paciente no consume o no utiliza adecuadamente.

En lo laboral explica que puede implicar un reajuste de metas y propósitos que afectan la vida económica y suelen interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles y responsabilidades que la persona tiene en la familia. Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse²⁶.

Las enfermedades crónicas repercuten no sólo en el paciente sino también en la familia de éste, la cual puede ser una gran fuente de apoyo para que el paciente afronte su padecimiento ya que se encuentran con diversas discapacidades tanto como cognitivos, físicos, demencia y dependencia, y de esta manera prevenir complicaciones, dando gran importancia a los cuidadores de enfermos crónicos quienes en su mayoría no pueden ser hospitalizados y

atendidos en alguna institución de salud por períodos largos, ya sea por los altos costos que ello implica atención privada o por el exceso de pacientes que acuden a las instituciones de índole pública.

Dentro de esto hay algunos puntos que conviene enfatizar y es que la familia es la primera fuente de apoyo, un paciente que recibe apoyo se ajusta mucho mejor a su tratamiento, si el paciente no tiene un espacio donde hablar se deprime, y es muy importante de qué manera afronta la familia al paciente y viceversa²⁷.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

En el presente estudio se formula los siguientes problemas de investigación.

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Es el régimen de adherencia relacionado con el paciente que interviene en el tratamiento de enfermedades crónica en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016?
- ¿Es el régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente que interviene en el tratamiento de enfermedades crónica en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016?
- ¿Es el régimen de adherencia relacionado con los medicamentos que interviene en el tratamiento de enfermedades crónica en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016?
- ¿Es el régimen de adherencia relacionado médico - enfermero - paciente que interviene en el tratamiento de enfermedades crónica en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016?

1.3. OBJETIVO

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir si el régimen de adherencia relacionado con el paciente interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.
- Indicar si el régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016
- Establecer si el régimen de adherencia relacionado con los medicamentos interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016
- Fijar si el régimen de adherencia relación con el médico - enfermero - paciente interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

1.4. HIPOTESIS

1.4.1. HIPOTESIS GENERALES

- **H₀:** No es determinante la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016
- **H_a:** Es determinante la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

1.4.2. HIPOTESIS ESPECÍFICO

- **H₀₁:** El régimen de adherencia relacionado con el paciente no interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016
- **H_{a1}:** El régimen de adherencia relacionado con el paciente si interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016
- **H₀₂:** El régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente no interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016
- **H_{a2}:** El régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente si interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

- **H₀₃:** El régimen de adherencia relacionado con los medicamentos no interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016
- **H_{a3}:** El régimen de adherencia relacionado con los medicamentos si interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016
- **H₀₄:** El régimen de adherencia relación con el médico - enfermero - paciente no interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016
- **H_{a4}:** El régimen de adherencia relación con el médico - enfermero – paciente si interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

1.5. IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

1.5.1. VARIABLE PRINCIPAL

Adherencia al tratamiento de enfermedades crónica

1.5.2. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

Características del adulto mayores

➤ **Características socio demográfico:**

- Edad
- Género
- Lugar de procedencia
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Religión

➤ **Características familiares:**

- Con quien vive
- Cuantos hijos tiene
- Tiene alguna responsabilidad familiar

➤ **Características del estado de salud:**

- Enfermedad o enfermedades que padece
- Tiempo de la enfermedad o enfermedades que padece
- Tiene seguro de salud.

➤ **Características socioeconómicas:**

- Tiene disponibilidad económica
- Tiene disponibilidad económica la familia

- Puede costearse los medicamentos
- Puede costearse su traslado al hospital

1.6. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE PRINCIPAL				
Adherencia al tratamiento	Régimen de adherencia relacionado con el paciente	Cualitativa Categórica	Si No	Nominal Dicotómica
	Régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente	Cualitativa Categórica	Si No	Nominal Dicotómica
	Régimen de adherencia relacionado con los medicamentos	Cualitativa Categórica	Si No	Nominal Dicotómica
	Régimen de adherencia relacionado con el médico – profesional de enfermería – paciente	Cualitativa Categórica	Si No	Nominal Dicotómica
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
Características sociodemográficas	Edad	Cuantitativa Numérica	65 - 70 71 - 76 77 - 82 83 - 87	Ordinal Discreta
	Genero	Cualitativa Categórica	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica
	Procedencia	Cualitativa Categórica	Rural	Nominal
	Grado de instrucción	Cualitativa Categórica	Con estudios Sin estudios	Ordinal. Politomicas
	Estado civil	Cualitativa Categórica	Soltero(a) Casado Divorciado Viudo	Nominal Politomicas
	Religión	Cualitativa Categórica	Católico Evangélico Otros	Nominal Politomicas
Características familiares	Miembro con quien vive	Cualitativo Categórica	Solo (a) Con su pareja Con sus hijos (as)	Nominal Politomicas
	Número de hijos	Cuantitativo Numérica	1 - 3 4 - 6 7 - 9	Ordinal Discreta
	Carga familiar	Cualitativo Categórica	Si No	Nominal Dicotómica
Características del estado de Salud	Enfermedad	Cualitativo Categórica	Diabetes Hipertensión arterial Dislipidemia	Nominal Politomicas
	Tiempo de la enfermedad	Cuantitativa Numérica	En años	Razón
Características socioeconómicas	Disponibilidad económica del adulto mayor y familiar	Cualitativo Categórica	Si No	Nominal Dicotómica
	Costar medicamentos	Cualitativo Categórica	Si No	Nominal Dicotómica
	Costear su traslado	Cualitativo Categórica	Si No	Nominal Dicotómica

1.7. JUSTIFICACIÓN

La investigación adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2015, se justifica por las siguientes razones:

1.7.1. NIVEL TEÓRICO

Uno de los motivos que contribuyeron para escoger el tema de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, es la evidente necesidad para la formación integral del adulto mayor, el cual no puede ser indiferente a los conceptos del campo de la salud y a los avances relacionados con este campo de conocimiento.

A nivel local de la Región Huánuco, Acomayo – Chinchao no es ajena a este problema, se encuentran adultos mayores que no cumplen con su tratamiento y por ello no se determina cuál es la razón de la no adherencia al tratamiento en el Centro de Salud.

La importancia de esta investigación es llegar a conocer y determinar las razones que influyen en la no adherencia pudiendo estar modulado por la experimentación de riesgo o vulnerabilidad percibida, la consideración de la severidad de la enfermedad, la autoeficacia y la utilidad de adherirse al tratamiento.

La Organización Mundial de Salud OM²⁸ refiere que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional, determinado por la acción recíproca de cinco parámetros que inciden sobre la adherencia a los tratamientos: factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con

el paciente, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el sistema de atención sanitaria y factores socioeconómicos; todos interactúan unos con otros.

Aburto y Gramundi²⁹, opinan que los factores que pueden afectar la cooperación de los pacientes con respecto al tratamiento médico son: información a los pacientes sobre la enfermedad y tratamiento; condiciones del paciente en relación a su estado de salud y al régimen médico a seguir, relación entre el paciente y el médico; duración del tratamiento; atención recibida en los centros de salud y el acceso a éstos.

Asimismo, Soloway y Friedland, citado en Gordillo y de la Cruz Troca³⁰, indican que la adherencia terapéutica hay que interpretarla desde un contexto biopsicosocial que incluye a la enfermedad, al paciente y al médico puesto que es producto de una compleja interacción entre factores biológicos y conductuales. Ahora bien, es frecuente que los pacientes no muestren adherencia a su tratamiento para el manejo de enfermedades crónicas y este hecho tiene funcionamiento del equipo de salud, y disponibilidad y accesibilidad de los recursos de salud y características de la enfermedad en cuestión y su tramitando.

Por su parte, Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez Sosa y Willey³¹. Señalan que un paciente que no sigue el tratamiento es probable que presente complicaciones de salud que pueden ser graves, el impacto social tiene que ver con el alto costo que significa para las instituciones inadecuadas.

De ahí la importancia de investigar este aspecto del control de las enfermedades crónicas de nuestro país.

1.7.2. NIVEL PRÁCTICO:

El presente trabajo tiene como línea de investigación ATENCION PRIMARIA DE SALUD que pertenece al área de PROMOCIÓN DE LA SALUD, determinar los regímenes asociados y condiciones que propicien la salud de las personas, así como de la comunidad. Consolidar el rol de enfermería como agente promotor de la salud de las personas a quien cuida y este rol es reconocido por todo el equipo de salud y la población.

Además, la pretensión final, es que la Atención Primaria sea un servicio público, gestionado con eficacia y eficiencia, reconocido y apreciado por la población, equitativo, universal y solidario; para ello, habrá que poner en marcha algunos cambios que aseguren esos principios.

En tal sentido el desarrollo de estrategias para mejorar la adherencia a los tratamientos es un proceso complejo que depende del tipo de tratamiento, de la enfermedad y del paciente, y está condicionado por las causas reales que la motivan.

Las intervenciones deben ser multidimensionales y estarán dirigidas a realizar una prescripción razonada (diagnóstico preciso, informar al paciente de la enfermedad y de la necesidad o no del tratamiento farmacológico, seleccionar el medicamento más eficaz y adecuado a las características del paciente, informar de los objetivos a alcanzar y de la necesidad de seguir una pauta terapéutica determinada e informar sobre la posibilidad de efectos adversos), minimizar el número de fármacos prescritos y simplificar la pauta posológica, realizar tarjetas calendario o bandejas compartimentales para el manejo de la

medicación, mejorar la interacción entre el cuidador y el paciente, y realizar el seguimiento con llamadas domiciliarias recordatorios.

También, habrá que intervenir sobre las barreras que dificultan el cumplimiento (problemas de visión, falta de destreza, deterioro cognitivo, dificultad para comer e independencia).

En tal sentido, el desempeño del profesional de enfermería, bajo su filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado y seguimiento del adulto mayor a través de su hacer diario contribuye para el que el paciente adulto mayor obtenga bienestar en todas las dimensiones: física, mental, emocional, social y espíritu.

El papel de la enfermera tiene que ver cómo ayudar a los pacientes adultos mayores y familiares a que entiendan, adopten y mantengan prácticas en su estilo de vida que les ayude a disminuir algún riesgo, decaídas y complicaciones.

Por ello esta investigación pone en relieve la disciplina del personal de enfermería, que bien posicionada para coordinar y suministrar intervención, actualmente representa una fuerza subestimada en la mejora para la adherencia terapéutica.

Las enfermeras, ahora más que nunca, pueden aportar un valor añadido no sólo a la mejora de la adherencia terapéutica sino también a la mejora general de la atención de los adultos mayores en campo de las enfermedades crónicas, y por tanto a contribuir a disminuir su impacto social, en salud y economía.

1.7.3. NIVEL METODOLÓGICO:

Este estudio servirá básicamente a los formuladores de políticas y directivos de los sistemas de salud, cuyas decisiones deben repercutir en las estrategias nacionales y locales que mejoren los resultados de salud y la eficiencia económica del sector, además de servir de referencia a científicos, investigadores y personal de salud en su labor cotidiana para mejorar la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en las cuales están la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia.

Desde el punto de vista social, la presente investigación se constituirá en un aporte significativo que permitirá reforzar la información y poder identificar qué porcentaje de adherencia se presenta ante el tratamiento de enfermedades crónicas en las cuales están la diabetes, hipertensión arterial, osteoartritis y demencia Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco.

De tal forma también el instrumento facilitará para la identificación, de que afecta para la no adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas que afectan a los adultos mayores y así poder evitar problemas futuros, mejorar la condición y el estado de salud del adulto mayor.

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO

2.1. MARCO TEORICOS

2.1.1. Antecedentes internacionales:

En Cuba 2014 Martin, Grau y Espinosa³² desarrollaron un estudio titulado “Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas”, cuyo objetivo fue presentar un marco conceptual que fundamenta desde el punto de vista teórico la comprensión del concepto de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en contraposiciones al uso de otros términos utilizados en la investigación y prácticas médicas. Las fuentes de información fueron las bases de datos disponibles en la Red Telemática de Salud de Cuba en el periodo de 2003 al 2007, las conclusiones exponen una propuesta que permita enriquecer las acciones encaminadas al logro de la adherencia vinculada al sistema de atención integral al enfermo crónico. Este antecedente de investigación atribuye a construir una referencia para el estudio, evaluación y mejora de la adherencia al tratamiento médico en estos enfermos que padecen enfermedades crónicas

En Argentina ciudad de Córdoba 2013 Bertoldo, Ascar, Campana, Martin, Moretti y Tiscornia³³ realizaron un estudio titulado “Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas”, cuyo objetivo fue determinar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes ambulatorios con enfermedades crónicas. Realizando un estudio observacional, prospectivo, transversal en pacientes con hipertensión, diabetes tipo II y dislipidemia quienes

fueron la muestra para realizar este estudio, realizándoles el test de Morisky Green. Los resultados que se obtuvieron fueron que el 38% de los pacientes manifestaron conductas de incumplimiento del tratamiento, con prevalencia en mujer y de los que usan más de un fármaco en su tratamiento. Este antecedente de investigación da referencia a poder determinar el nivel de cumplimiento terapéutico en los adultos mayores con enfermedades crónicas.

En España 2013 Lumillo y Urpí³⁴ realizaron un estudio titulado “Intervención dirigida por enfermeras para mejorar la adherencia a la medicación crónica”, cuyo objetivo fue la falta de adherencia a la medicación crónica sigue siendo un problema importante con enormes consecuencias y sin solución hasta la fecha, los enfermos son idóneos para cuidar de la adherencia. Sintetiza el efecto de las intervenciones dirigidas por enfermos en la adherencia a la medicación crónica, en este estudio se utilizó el programa informático Review Manager, donde se evaluó a cabo una meta análisis mediante una adaptación de la herramienta CONSORT. El resultado al asesoramiento fue la intervención más evaluada, sobre todo el realizado cara a cara, pero también en grupo y por medio de mensajes electrónicos, todas las intervenciones mejoraban la adherencia. En este estudio de investigación el asesoramiento pareció ser un enfoque efectivo que los enfermos puedan, utilizar para complementar otro método, construyendo una estrategia múltiple para mejorar la adherencia hace frente a la falta de adherencia parece exigir esfuerzos continuos y seguimientos.

En México 2012 entre los meses febrero – marzo Soria, Ávila, Vega y Nava³⁵ desarrollaron un estudio titulado “Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas”, cuyo objetivo es evaluar la adherencia terapéutica de enfermedades crónicas y el estrés en las personas que las asisten, este estudio se realizó con la evaluación de 100 enfermos crónicos- cuidador con base en la escala de adherencia terapéutica y el inventario. Los resultados dados en los datos indican que las personas cuidadores del género femenino enfrentan niveles más altos de estrés que sus homólogos masculinos. Por su parte, los pacientes mostraron un nivel moderado de adherencia y no se encontró relación entre esta última y el estrés del familiar cuidador. Este estudio de investigación aportó la adherencia terapéutica, incluyendo el estrés del cuidador informal en pacientes con enfermedades crónicas.

En México 2009 Soria, Vega y Nava³⁶ realizaron un estudio titulado “Escala de adherencia terapéutica para paciente con enfermedades crónicas, basada en comportamiento explícitos” cuyo objetivo es presentar una escala de adherencia para paciente crónicos, basada en comportamiento explícitos, para el cual se utilizó una escala fiabilizada a 200 pacientes con diversas enfermedades crónicas. Los resultados que se presentaron fue el índice de fiabilidad alpha de Cronbach fue el .91 en general y el análisis factorial mostro 3 factores con 7 ítems cada uno: control de ingesta de medicamentos y alimentos, seguimientos médico conductual y autoeficacia. Este estudio de investigación da a contar con un instrumento de este tipo con base en comportamiento explícitos ayuda a

identificar la participación de las partes y los factores que posibilitan obstaculizar su adherencia terapéutica, incluyendo la participación del personal de salud.

En Cali - Colombia 2009, Duran, Valderrama, Uribe, Gonzales y Molina³⁷, realizaron un estudio titulado “Enfermedad crónica en adultos mayores”, cuyo objetivo fue describir la frecuencia de la enfermedad crónica en adultos mayores de la ciudad de Cali, Colombia, para ello se seleccionó una muestra de 500 adultos mayores, entre los 60 y 96 años de edad. Se utilizó un cuestionario de factores psicosociales para el adulto mayor diseñado por Baca, González y Uribe. En los se observó que la hipertensión, la diabetes y la osteoporosis son las enfermedades más comunes en los adultos mayores, aunque el mayor porcentaje de esta población se encuentra sin ningún tipo de enfermedad. Asimismo, se observó que los adultos mayores casados y viudos presentaban más enfermedades en comparación con los que se encontraban solteros, separados o en unión libre. Este estudio de investigación aportó que aun la enfermedad crónica continúa siendo un problema en los adultos mayores y su presencia está relacionada, no sólo con la disminución de la funcionalidad del ser humano, sino también, con el control y la prevención de las enfermedades y la dificultad para acceder a los sistemas de salud.

En Bogotá - Colombia 2005 Enrique, Galeno y Orlando³⁸, realizaron un estudio titulado “Adherencia al tratamiento”, cuyo objetivo fue revisar la definición actual y los factores asociados a la no adherencia al tratamiento y las metodologías que mejoren la adherencia al tratamiento, para ello se utilizaron a los pacientes que inadvertidamente omiten varias dosis y los medios que

atribuyen a la falta de adherencia, teniendo como resultados que más de 35 años y la no adherencia se mantienen con cifras preocupantes de 59 % al igual que la proporción de hospitalizaciones derivadas del incumplimiento con el tratamiento entre el 33% al 69%. . El aporte de esta investigación a la no adherencia aporta que el psicosocial en pacientes ancianos.

2.1.2. Antecedentes nacionales:

En el caso de antecedes nacionales no se encuentra ninguna investigación realizada en el Perú que esté relacionado con enfermedades crónicas en general, pero si se encuentran investigaciones con enfermedades crónicas separados como investigación sobre hipertensión arterial, diabetes, etc.

Sobre hipertensión arterial:

En Lima 2010 Carhuallanqui, Diestra, Tang y Málaga³⁹ realizaron un estudio titulado “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general”, cuyo objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general, para el cual se utilizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Cayetano Heredia utilizando el Test de Morisky-Green para determinar su adherencia al tratamiento farmacológico y se determinó el nivel de presión arterial. Los resultados que se obtuvieron fue que el 69,9% eran mujeres, 77,7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años. El 52,4% tenían educación primaria, 68% eran casados, 62,1% tenían su presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento farmacológico fue

37,9%. Se halló asociación entre adherencia con el estado civil viudo y entre adherencia y presión arterial controlada ($p < 0,05$). En conclusión, la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,9%. Este estudio de investigación aporta la información sobre la falta de adherencia es un hecho recurrente y un problema global, que impide que la morbi-mortalidad asociada a enfermedades crónicas que pueda ser evitada.

En Lima 2007 Padilla⁴⁰ realizó un estudio titulado “Influencia de la percepción acerca de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Mártins entre los meses de enero – junio 2007”, cuyo objetivo fue conocer la influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial para la adherencia al tratamiento antihipertensivo, para el cual se realizó un estudio que fue observacional de tipo comparativo en la población de pacientes de ESSALUD del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Mártins, atendidos en los consultorios externos de cardiología entre Enero y Junio del 2007 a través de encuestas de tipo cuestionario múltiple que incluyó información sobre edad y sexo, en las que posteriormente se determinaron 2 grupos de pacientes denominados adherentes y no adherentes al tratamiento de la hipertensión arterial utilizando para esta clasificación el cuestionario de auto reporte de Morisky. Finalmente, con la utilización de los cuestionarios IPQ-R y BMQ se compararon ambos grupos utilizando las pruebas estadísticas correspondientes a cada grupo de variables estudiada. Los resultados que se obtuvieron fue que de los 153 pacientes del cual 45.8% fueron adherentes y 54.2% no adherentes.

Se observó que el promedio de edad fue significativamente mayor en el grupo de no adherentes (p es menor que 0.001). Los no adherentes tuvieron más fuertes representaciones emocionales (p igual 0.003). Se encontró una correlación significativa entre edad y percepción acerca del tratamiento (sperman'rho: -0.242). Los adherentes tuvieron más altos scores acerca de la necesidad del tratamiento para la hipertensión arterial (p igual 0.003) y en el grupo de no adherentes tuvieron más alta preocupación específica al tratamiento (p igual 0.024). Este estudio de investigación aporta que la edad, los factores emocionales relacionados a la percepción de la enfermedad, la comprensión de la enfermedad y las creencias acerca del tratamiento están fuertemente relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.

Sobre diabetes mellitus:

En Trujillo 2013 Pérez⁴¹ realizó un estudio titulado: Factores determinantes en la adherencia terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2, cuyo objetivo fue determinar el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al programa de diabetes en el Hospital Regional Docente de Trujillo, para el cual se eligió de manera aleatoria 111 pacientes asistentes del Programa de Diabetes y se les aplicó un cuestionario que tiene tipo de evaluación Lickert, luego los datos fueron procesados en el programa SPSS ver 18. EL resultados que se obtuvo fue que el 73,9% fue altamente adherente, el 26.1% fue medianamente adherente, factor paciente 85% fue altamente adherente, 15% medianamente adherente; factor ambiente 59% medianamente adherente, 34% altamente adherente y 7% poco

adherente; factor medicamento 54% poco adherente, 32% medianamente adherente y 14% altamente adherente; factor personal de salud-paciente 97.3% altamente adherente y 2.7% medianamente adherente y en conclusión el 73,9% fue altamente adherente, el 26.1% fue medianamente adherente, dejan de tomar el medicamento cuando se sienten bien, la familia desempeña un rol importante en la adherencia al tratamiento, y las indicaciones dadas por el personal de salud encargado de este programa si logra la captación de la información por la mayoría de los pacientes. El aporte que se obtuvo de esta investigación fue el funcionamiento del programa de diabetes ya que el resultado obtenido de alta adherencia de los pacientes asistentes confirma el buen trabajo que hasta ahora viene realizando el equipo que forma parte de este programa.

En Lima 2008 Molina⁴² realizó un estudio titulado: “Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo" : enero-febrero 2008” , cuyo objetivo fue determinar la Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida del paciente diabético; el tipo de estudio es cuantitativo, para el cual se utilizó un método descriptivo-correlacional, la muestra estuvo conformada por 132 pacientes que asistieron al programa IX de diabetes, el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario y la técnica aplicada fue la entrevista. Los resultados que se obtuvieron de este estudio fueron: El 68.9%(91) de la población encuestada presentó una regular adherencia al tratamiento; el 79.5%(105) presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística $P=0.01$. Este estudio de investigación aportó

que los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentaron una regular adherencia al tratamiento, una regular calidad de vida y se obtuvo una relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida.

2.1.2. Antecedentes locales:

No se encontró ningún estudio de investigación en la ciudad de Huánuco relacionado con las enfermedades crónicas sobre la adherencia.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Modelo de Determinantes de la Salud

Es una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo-perceptivo, el Modelo de Creencias de Salud (MCS) ⁴³. El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades.⁴⁴.

Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad⁴⁵, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas⁴⁶.

El aporte que brinda este modelo a la sociedad es que tanto el sector salud como el estado tienen que trabajar de manera conjunta en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, entender la importancia y buscar soluciones al problema.

Esta base teórica aporta al estudio una visión más clara la importancia para explicar el por qué la gente falla en adherir a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta.

Específicamente, la probabilidad que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad dependerá de:

- Grado de motivación e información que tenga sobre su salud.
- Auto percepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad.
- Percibir la condición como amenazante.
- Estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz
- Percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud.

2.2.2. Modelo de teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Dorothea Orem

La teoría de enfermería del déficit del autocuidado⁴⁷, conformada por tres relacionadas:

- Teoría del autocuidado
- Teoría del déficit de autocuidado
- Teoría de sistemas enfermeros

La primera describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, teniendo en cuenta las capacidades y demandas de autocuidado de la persona; la segunda desarrolla la razón por la cual una persona puede beneficiarse de la enfermería, se encamina a valorar los requisitos necesarios para mantener la salud, el desarrollo o la vida como también los requisitos cuando hay desviación de la salud y, la tercera, los sistemas de acción enfermeros requeridos para suplir las demandas de autocuidado de las personas, mediante intervenciones total o parcialmente compensadoras o de apoyo educativo, siendo estas los distintos métodos de ayuda con los cuales la enfermera provee cuidado en la práctica de la enfermería.

Un buen sistema de enfermería proporciona maneras de relacionar las conductas de enfermería y del paciente con la realización de objetivos o metas de enfermería que son apropiados para las necesidades o demanda de autocuidado y la selección de métodos de ayuda acordes a las condiciones inmediatas o proyectada para el futuro; teniendo en cuenta las limitaciones específicas y el grado de déficit del paciente para su autocuidado y, el enfoque de cuidado sanitaria⁴⁸, es decir, que el cuidado de enfermería está dirigido a satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico y regular la agencia de autocuidado

Orem concibe el autocuidado como “la contribución constante de un adulto a su propia vida, salud y bienestar... Es la acción que tiene una modelo y un desarrollo y, cuando se hace eficazmente, contribuye de forma específica a la integridad estructural, funcionamiento desarrollo humano”⁴⁹.

En este orden de ideas, el marco teórico que sustenta este estudio se fundamenta en la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem, mediante esta teoría se hace una relación entre adherencia y autocuidado. Es así, como teniendo en cuenta esta teoría, Enfermería ha conceptualizado la adherencia terapéutica como una acción de autocuidado, como un comportamiento de autocuidado o como una expresión de autocuidado.

Dentro de los métodos de ayuda en el sistema de apoyo-educativo planteados por Orem⁵⁰ que puede utilizar enfermería con las personas que cuida, y poder llevarlas al logro de la adherencia y a la práctica de acciones de autocuidado están:

- Dirigiendo u orientando a otros: mediante sugerencias, instrucciones, dirección o supervisión.
- Apoyando a otro (fisiológica o psicológicamente), que permita al paciente un ambiente de desarrollo y fortalecimiento, toma de decisiones y superación de necesidades.
- Proporcionando un ambiente que promueva el desarrollo personal para satisfacer demandas actuales o futuras para la acción, cuyos resultados incluyan la formación y cambio de actitudes y valores, el fomento de situaciones de interacción y comunicación entre pacientes-equipo de salud y, entre los mismos pacientes.
- Enseñando a otro, para el desarrollo de conocimientos y habilidades, teniendo en cuenta la edad, nivel educativo y experiencias previas de las personas a quien enseña

2.3. BASES CONCEPTUALES:

2.3.1. Definición de adherencia:

La Organización Mundial de Salud (OMS) define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones medicas⁵⁰, pero quizás la clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico⁵¹; siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones.

Seguir una prescripción, la adherencia terapéutica⁵², es un proceso complejo que está influido por múltiples dimensiones ampliamente estudiadas, existiendo dimensiones relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos⁵³.

La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud⁵⁴.

En esta misma línea, según Meichenbaum y Truk⁵⁵, el termino adhesión se melea para hacer referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de muto acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Así mismo, Bimbela⁵⁶, propone que es la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida.

Por su parte, Amigo, Fernández, Pérez⁵⁷ definen la adhesión terapéutica o conducta meta, como la incorporación puntual, si se trata de una prescripción para un problema agudo; o definitiva, en caso de intervenciones preventivas o trastornos crónicos en las rutinas cotidianas de la persona al efecto de fortalecer la nueva práctica, situándola bajo las mismas claves de nuevos hábitos simples como complejos, novedosos o conocidos beneficiosos para el sujeto bien por la eliminación de condiciones aversivas como por ejemplo síntomas, desaprobación social, reducción de miedos, etc.; bien por la obtención de ventajas, como la mejora de las condiciones de vida, atención social, creencias de autocontrol o de reducción de riesgos, etc.

Es claro el impacto que tiene la falta de adherencia en el éxito o fracaso de los programas terapéuticos. Sin embargo, ellos resaltan la complejidad y multiplicidad de los factores que determinan la conducta

Para la Organización Mundial de Salud (OMS)⁵⁸, La adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios de sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud.

No obstante, para la Organización Mundial (OMS) ⁵⁹ el termino adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud. Considera dentro de esta definición el termino medico como insuficiente para describir a variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, ya que puede ser un prestador de asistencia sanitaria médico, enfermera u otro profesional de la salud.

Además, cuestiona la palabra instrucciones que implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento respecto a las recomendaciones que le da el prestador de asistencia sanitaria, ya que apoya que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y que es necesaria una buena comunicación entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

Según DiMatteo y DiNicola (citados en Martin, Sairo y Bayarre, 2003)⁶⁰ el termino adherencia terapéutica. “Se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con la profesión de la salud y en sus características psicología y sociales”.

Por su parte, Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez Sosa y Willey⁶¹, señalan que la adherencia es “Un proceso conductual complejo determinado por varios factores en interacción: atributos del paciente, medio ambiente del paciente el cual comprende apoyos sociales, características del sistema de salud,

funcionamiento del equipo de salud, y disponibilidad y accesibilidad de los recursos de salud y características de la enfermedad en cuestión y su tratamiento”. Además, estos mismos autores mencionan que la adherencia puede ser mejor entendida como “El proceso de esfuerzo que acurren en el curso de una enfermedad, para cumplir con las demandas conductuales impuestas por esa enfermedad”

Teniendo en cuenta los conceptos dados por los autores, tanto el concepto de adherencia al tratamiento como el de cumplimiento del tratamiento son aceptados como fenómenos de enfermería. Siendo más reconocido actualmente el concepto de adherencia, debido a que en ésta conceptualización se le da una participación más activa a la persona como responsable de su propio autocuidado.

Dando reconocimiento a la importancia que tiene el autocuidado como coadyuvante de las medidas de tratamiento del régimen terapéutico y de las recomendaciones del cumplimiento de cambios en los estilos de vida, la adherencia parece estar incluida implícitamente en comportamientos de autocuidado en los requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.

La enfermera Dorothea E. Orem⁶², en su base teórico autocuidado expresa que los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico que se expanden a largo tiempo requieren de cierto tipo de exigencias de autocuidado para poder convivir con los efectos de estados patológicos.

Con relación a lo anterior Bastidas⁶³, señala que “Los conceptos de autocuidado y adherencia tienen una similitud entre sí, ya que la adherencia es

una expresión concreta del autocuidado, especialmente reconocida en personas con estados de desviación de la salud". "Para que los individuos practiquen el autocuidado o se adhieran a tratamientos se necesita una capacidad de compromiso y participación en el manejo de su enfermedad".

Afirmar que el cumplimiento del tratamiento es considerado un fenómeno de enfermería obedece a la inclusión de diagnósticos enfermeros que hacen referencia a problemas relacionados con el incumplimiento del tratamiento.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁶⁴ incluye el diagnóstico enfermero incumplimiento del tratamiento con código 00079 definido como la conducta de una persona o de un cuidador que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o la familia o la comunidad) y un profesional del cuidado de la salud. Agrega que cuando se ha acordado un plan ya sea terapéutico o de promoción de la salud, la persona o el cuidador pueden respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos o inefectivos.

La NANDA, define como características definitorias de éste diagnóstico la conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento, evidencia de desarrollo de complicaciones, evidencia de exacerbación de los síntomas, no asistencia a visitas concertadas, falta de progresos y pruebas objetivas como por ejemplo medidas fisiológicas y detección de marcadores fisiológicos.

Los factores relacionados a este diagnóstico según la NANDA⁶⁵ se agrupan en sistemas de salud, plan de cuidados, factores individuales y redes sociales, que se describen a continuación:

- Sistema de Salud: Acceso a los cuidados, relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados, habilidades de comunicación del proveedor de los cuidados, conveniencia de los cuidados, credibilidad del proveedor de los cuidados, cobertura sanitaria individual, continuidad del proveedor de los cuidados, seguimiento regular del proveedor de los cuidados, reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y el seguimiento, satisfacción con los cuidados, habilidades de enseñanza del proveedor de los cuidados.

- Plan de cuidados: complejidad, costo, duración. Flexibilidad económica del plan e intensidad.

- Factores individuales: influencias culturales, habilidades del desarrollo, ideas sobre la salud, sistema de valores individual, conocimientos relevantes para el régimen propuesto, fuerzas motivacionales, habilidades personales, personas significativas, habilidades relevantes para el régimen propuesto y valores espirituales.

- Redes de soporte: implicación de los miembros en el plan de salud, percepción de las creencias de las personas significativas y valoración social del plan.

Como se puede ver la definición, características definitorias y los factores relacionados enunciados por la NANDA son congruentes con la literatura revisada sobre adherencia al tratamiento, ya descrita anteriormente. Se concluye que la evolución del concepto de la adherencia en la disciplina en enfermería, se orienta básicamente hacia el enfoque de autocuidado, generando un rol más participativo en el paciente al ser-responsable de su propia salud.

2.3.2 Importancia de la adherencia:

Una parte importante de las dimensiones relacionados con la terapia, como causantes de no correcto manejo del tratamiento, la ocupa los referidos a la terapia farmacológica: complejidad, duración, cambios, falta de información adecuada, desconocimiento sobre aspectos básicos relacionados con la farmacocinética y forma de actuación del fármaco con especial interés en las recomendaciones de cómo debe de tomar el medicamento, inadecuada adherencia al tratamiento, ausencia de estrategias que favorezcan el adecuado consumo de los medicamentos pictogramas de sencilla interpretación, individualización del tratamiento utilizando sistemas compartimentados para evitar la confusión de la ingesta favoreciendo que los medicamentos se consuman en su momento y con la adecuada separación para fármacos con capacidad interactuante con otros fármacos o con la comida.

2.3.3 Características sociodemográficas relacionadas con la adherencia al tratamiento:

2.3.3.1 Edad: No hay unificación respecto a la edad de mayor riesgo para abandono. Orozco y Cols⁶⁶ encontraron que por cada año más que la persona tenía, su adherencia al tratamiento mejoraba. Ormerod⁶⁷ sostiene que el anciano con limitaciones de algún tipo, tiene mayor riesgo de abandono, esta divergencia de estudios sustenta la necesidad de mayor investigación y estandarización de rangos de edades para conocer la situación.

2.3.3.2 Sexo: La literatura apoya la premisa que los hombres tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres. Gavina y Santiuste⁶⁸ estudiaron

el abandono entre hombres comparado con mujeres en el grupo de adulto mayores, y encontraron que los hombres abandonaban más que las mujeres, así mismo otros estudios realizados en Ghana, se encontró que las mujeres además de tener la mejor adherencia, también representaban más mejores tasas de curación⁶⁹.

2.3.3.3 Estrato socioeconómico: Vivir en un estrato bajo suele ser descrito como factor de riesgo para el abandono al tratamiento. Un estudio encontró que los pacientes que abandonan el tratamiento procedían de los estratos bajos⁷⁰. Otros estudios informan que quienes vivían en área rural y suburbana abandonan más veces que quienes vivían en el área urbana⁷¹.

2.3.3.4 Nivel educativo: A menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono, esto explica principalmente porque a menor nivel educativo se hace más difícil la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia⁷², al igual que los pacientes analfabetos tienen un mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos con algún grado de escolaridad⁷³.

2.3.3.5 Estado civil o marital: Estudios señalan que los pacientes solteros tienen la mitad de riesgo de abandono, comprando con los casados, a diferencia de los viudos, separados o divorciados⁷⁴. El estado civil casado y la convivencia con su familia como un componente del apoyo familiar que se brinde al paciente un factor que conlleva mejor adherencia al tratamiento⁷⁵.

2.3.3.6 Domicilio fijo y soporte social: El tener familia estructurada, pareja o amigos es un factor que facilita la adherencia⁷⁶. Esto hace pensar que, para personas indigentes, marginados y usuarios de drogas, cuya situación es

extraordinariamente compleja no existe algún tipo de soporte o acompañamiento social⁷⁷. Para conseguir una mejora en la aceptación y el cumplimiento en estos pacientes es preciso una aproximación multifactorial y multidisciplinaria⁷⁸.

2.3.3.7 Falta de ingreso: Las personas con estado socioeconómico bajo no pueden acceder a medicamentos costosos. Tanto el desempleo como los ingresos bajos son considerados factores de riesgo para abandono del tratamiento⁷⁹.

2.3.4 Regímenes o dimensiones que influyen en la adherencia:

Meichenbaum y Turk⁸⁰ identificaron cuatro variables y múltiples regímenes relacionados con la adherencia al tratamiento:

Variables del paciente: Características del individuo; falta de comprensión; modelo implícito del enfermar, apatía y pesimismo; no conocer que se está enfermo o necesitado de medicación; historia previa de falta de adhesión; creencias relacionadas con la salud; insatisfacción con el profesional o el tratamiento; falta de apoyo social; medio ambiente que refuerza comportamientos de falta de adhesión; y falta de recursos.

Variables de la enfermedad: Trastorno crónico con ausencia de sintomatología manifiesta; estabilidad de los síntomas; y características asociadas a la enfermedad.

Variables del tratamiento: Tiempo de espera prologado; mala reputación sobre facilidad del tratamiento; supervisión inadecuada por parte de los profesionales, características de las recomendaciones del tratamiento, complejidad del régimen terapéutico; larga duración del tratamiento,

características del tratamiento, desembolso económico; características de los medicamentos; y efectos secundarios de la medicación.

Variables de la relación: Comunicación inadecuada, empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias; insatisfacción del paciente; y supervisión inadecuada. La no adherencia al tratamiento entonces sigue siendo un problema universal, sin que expertos puedan predecir de manera válida y confiable quienes cooperan con el tratamiento y quienes no, aunque ha habido aproximaciones a comportamientos y características que puedan ser útiles para orientar el cumplimiento.

Aburto y Gramundi⁸¹ opinan que los regímenes que pueden afectar la cooperación del paciente con respecto al tratamiento médico son: información al paciente sobre su enfermedad y tratamiento; cogniciones del paciente en relación a su estado de salud y al régimen médico a seguir; relación entre el paciente y el médico; duración del tratamiento; atención recibida en los centros de salud y el acceso a éstos.

Ginarte⁸². Hace hincapié en la importancia de evaluar cuatro regímenes que influyen en la adherencia: A) interacción del paciente con el profesional de la salud; B) régimen terapéutico; C) características de la enfermedad y D) aspectos psicosociales del paciente.

Los regímenes que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se describen como un conjunto de dimensiones internas y externas que el paciente en situación de riesgo de

enfermedades crónicas percibe como influyentes en cierto grado respecto a los tratamientos y sugerencias dadas por los profesionales de la salud.

Existen dimensiones en el desarrollo de comportamientos de las personas que condicionen la respuesta a ciertas situaciones y hacen que se asuma determinada conducta específica.

A estos regímenes se les ha denominado de diversas maneras: barreras asumidas para percibir ciertas conductas de salud, factores básicos condicionantes, factores determinantes, factores que influyen, dimensiones interactuantes y determinantes de comportamientos de promoción de la salud⁸³.

Los regímenes que influyen en la adherencia al tratamiento han sido estudiados por Sabate y publicados en el documento Adherencia a terapias de larga duración: evidencias para actuar de la OMS 2003⁸⁴.

En este documento se considera que la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco regímenes, denominados dimensiones, con los cuales los pacientes interactúan. Estos son:

1. Régimen relacionado en lo socio-económicos
2. Régimen relacionados con los sistemas de asistencia sanitaria.
3. Régimen relacionados con la enfermedad
4. Régimen relacionados con la terapia y/o tratamiento
5. Régimen relacionados con el paciente

Aunque se enuncien los factores de manera individual, en la práctica clínica se observa superposición entre ellos, por tal razón no deben ser evaluados en forma independiente sino como un asunto complejo multifactorial⁸⁵.

2.3.4.1 Régimen de adherencia relacionado con el paciente:

En primer lugar, se habla del deterioro sensorial. Aquí se involucra la pérdida de visión, de la audición, lo que ocasiona en la paciente falta de atención y dificultad en la obtención de la información de las recomendaciones u órdenes que se le hayan impartido. Muchas de estas se le dan de forma escrita o verbal, y muchas veces el profesional de la salud no tiene en cuenta este tipo de alteraciones en los pacientes, y se estiman, en muchos casos, como problemas relacionados con la edad.

En los pacientes con edad avanzada se ha demostrado que alrededor de una 50 % no toma la medicación, y de un 25% a un 60% de los ancianos que la toman lo hacen incorrectamente⁸⁶.

Se ha establecido que por cada año más que tenga la persona, la adherencia al tratamiento mejora, al igual que en las personas con edades extremas se observa una adecuada adherencia en comparación con los que se encuentran en edades intermedias⁸⁷.

En este punto es importante tener en cuenta los estados alterados del ánimo del paciente, ya que esto ocasiona en él un mal proceso de obtención de la información, algunos pacientes pueden presentar aparte de su patología de base algunas alteraciones mentales, como por ejemplo estrés, depresión,

ansiedad, entre otras. Esto ocasiona en el paciente una falta de atención y de seguimiento de su tratamiento⁸⁸.

Otro factor importante relacionado con el paciente es el que concierne a la enfermedad como tal, porque muchas veces este se adapta o se acostumbra a convivir con los síntomas relacionados con la enfermedad. Esto ocasiona que no consulte al médico y que no tome los medicamentos. Además, cuando se involucran enfermedades relacionadas con los estados de conciencia como lo son las enfermedades, la adherencia al tratamiento se hace más difícil por la condición del paciente.

Otro aspecto importante relacionado con el paciente es la edad. Un estudio sobre las enfermedades crónicas y los factores relacionados con esta afirma que los pacientes de ambos sexos oscilan entre las edades 65 y más años de edad respectivamente, el mayor porcentaje, se presentó en el grupo de 70 años⁸⁹.

Igualmente, el género es aspecto relevante relacionado con el paciente. La literatura describe que hay mayor predominio del género femenino que el género masculino⁹⁰. Otros autores mencionan que los hombres abandonan más rápidamente los tratamientos de las mujeres.

Pero otros estudios describen que las mujeres que viven solas tienen tendencia a abandonar más rápidamente los tratamientos, esto revela que hay causas multifactoriales, como el aislamiento social, los mitos relacionados con la salud y las creencias sociales que las mujeres pueden tener por su entorno cultural⁹¹.

Factores como el estrato socioeconómico y el nivel educativo no se relacionan con los factores propios del paciente, pero este caso se considera importante en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico; el estrato económico es otro factor que influye en la adherencia en cuanto al paciente se refiere. Se establece que, si un paciente es de estrato bajo, es posible que no tenga adherencia en el tratamiento por las condiciones económicas y esto, asociado a la zona o territorio donde viva. Es el caso de las personas que viven en caso urbano, es de esperarse que tengan más dificultades para acercarse al centro de salud, ya sea por el transporte, la falta de dinero o por falta de compañía, es un factor de riesgo para el abandono⁹².

Por otro lado, el nivel educativo es otro de los factores importantes para mencionar. La literatura describe que las personas con nivel educativo bajo se les dificulta comunicarse con el personal de la salud y de su familia⁹³.

A la suma de los regímenes relacionados con la adherencia al tratamiento se añade el estado civil del paciente. Las personas que se encuentran casadas y compartiendo con la familia, tienen un apoyo importante en el cumplimiento o adherencia al tratamiento⁹⁴.

En este punto es importante mencionar que muchas veces la no adherencia hace parte de factores individuales propios del paciente, en donde están involucrados: su personalidad; sus actitudes frente a la enfermedad y su motivación para recuperar su salud; la percepción de la gravedad del proceso patológico; el conocimiento de la enfermedad padecida con su respectivo tratamiento; y la eficacia del tratamiento y la aceptación de este⁹⁵.

La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el tratamiento relación costo - beneficio, y por el grado de confianza de poder seguirlo. Se debe acrecentar la motivación intrínseca del paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia, y fortalecer la confianza mediante la construcción de actitudes de autocuidado. Estas son metas del tratamiento comportamental que deben darse continuamente con las biomédicas para buscar una mejor adherencia⁹⁶.

La inestabilidad emocional, la depresión, tener personalidad agresiva, ser hipocondriaco y presentar delirios de grandeza hacen parte de las conductas que pueden llevar al abandono del tratamiento⁹⁷.

Por otra parte, la falta de conocimiento de la enfermedad lleva a los pacientes a tomar diferentes alternativas. Una sería abandonar el tratamiento⁹⁸.

2.3.4.2 Régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente:

La adherencia al tratamiento esta también relacionada con el ambiente e donde se desarrolle o se desenvuelva el paciente. Es importante el entorno o el ambiente familiar para llegar a ella⁹⁹.

La literatura menciona que los pacientes que se encuentran aislados de sus familiares y de grupos de amigos tienen el riesgo de abandonar más fácilmente los tratamientos¹⁰⁰.

Un estudio reportó que el 11 % de quienes abandonaron el tratamiento tenían problemas en sus relaciones familiares; lo que obstaculizaba el cumplimiento del tratamiento, al igual que el no informar a la familia sobre la enfermedad aumentada el riesgo de abandono diez veces mas¹⁰¹. Otro estudio

menciona que contar con el apoyo de la familia anima a continuar con el tratamiento, lo que favorece de manera positiva la adherencia terapéutica. El apoyo de los compañeros puede mejorar a la adherencia y reducir de tiempo dedicado por los profesionales de la salud¹⁰².

En cuanto al entorno o ambiente laboral, los estudios describen que las personas que laboran por días o que constantemente piden permiso en su sitio de trabajo para asistir a citas médicas o ir a reclamar los medicamentos corren el riesgo de perder el empleo, en cuanto a la inadecuación del horario del trabajo y de los centros de Salud. Algunos autores establecen que, en relación con aspectos laborales, el 60% esta pensionada y el 40% se encuentran activo¹⁰³.

De otra parte, el desempleo es un elemento que impide la adherencia o cumplimiento en los tratamientos¹⁰⁴.

El ambiente social es importante en la adherencia a los tratamientos, vale decir que contar con redes de apoyo es un agente protector para adherirse a los tratamientos, sumado a la conformación de clubes para mejorar la misma, esto hace que los pacientes se sientan partícipes en su tratamiento y acompañados para continuar con él¹⁰⁵.

En cuanto al apoyo social es importante mencionar que este tipo de soporte protege a los pacientes del estrés desencadenado por la patología y faculta al paciente para evaluar la situación y adaptarse a la enfermedad, asistiéndole a desarrollar respuestas de afrontamiento¹⁰⁶.

2.3.4.3 Régimen de adherencia relacionado con el medicamento:

En este punto es significativo tener en cuenta que en general se considera que hay alta adherencia a los tratamientos cuando estos son a corto plazo o por un tiempo determinado. La adherencia se disminuye en casos como, por ejemplo, procesos crónicos, polifarmacia o poli terapia, pues los medicamentos muchas veces se toman al mismo tiempo¹⁰⁷.

Por otra parte, los efectos adversos ocasionados por los diferentes medicamentos pueden ser una causa aislada del incumplimiento, admitiendo la responsabilidad a una parte del total del tratamiento establecido. Este aspecto resulta importante, ya que se presenta cuando el paciente no ha sido informado previo al inicio de su tratamiento.

Cabe resaltar que muchas veces cuando al paciente se le informa de los efectos adversos de los medicamentos, debemos tener presente y estar en espera de que el paciente no se administre los medicamentos por estas razones. La forma farmacéutica y la administración de los medicamentos juegan un papel importante en cuanto al cumplimiento¹⁰⁸.

2.3.4.4 Régimen de adherencia relacionado con el médico- profesional de enfermería y paciente:

En este régimen se describe que una buena adherencia o cumplimiento al tratamiento se debe a la exitosa relación que se dé con el profesional de salud: médico- enferma-paciente.

Un estudio menciona que el 84.3% de los pacientes se encuentran sin riesgo de no adherirse, porque se considera que la interacción del profesional de

la salud con la paciente cobra una notable importancia por la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente en cuanto a esta relación¹⁰⁹.

La comunicación juega un papel importante, porque esta debe darse de forma clara, con un lenguaje apropiado y adecuado para el paciente, es decir, sin tecnicismos. Por el contrario, el paciente debe percibir que es tenido en cuenta y que sus preguntas o inquietudes son válidas.

Además, la atención que se le brinda al paciente debe ser de buena calidad, que tenga en cuenta el tiempo, porque este es una causa no adherencia, durante la consulta se le ven explicar las instrucciones pertinentes a la duración, toma y horarios de los medicamentos, al igual que sus expectativas en relación al tratamiento que va a iniciar¹¹⁰.

Para que exista un buen cumplimiento, es fundamental que el paciente acepte el tratamiento y se incline por su necesidad.

Por eso es importante desatacar que el profesional de la salud sea preciso en impartir las indicaciones e instrucciones de forma clara y precisa para que estas sean fáciles y entendibles por parte del paciente, una cuarta parte de estos incumplimientos se debe a que el paciente no comprendió correctamente las órdenes impartidas por el profesional de la salud¹¹¹.

Resulta importante que el profesional de la salud desarrolle diferentes estrategias que susciten en el paciente compromiso y participación. En este punto cabe mencionar que la educación no solo debe darse de forma verbal, sino que debe impartirse también de forma escrita por que los pacientes muchas veces olvidan lo que se les ha indicado o enseñado¹¹².

Es necesario brindar indicaciones que no sean solamente dadas en una sola instrucción, sino que el profesional de la salud tenga un proceso continuo y dinámico en que el que el paciente se sienta participe de este proceso y donde se pueda realizar un seguimiento continuo¹¹³.

2.3.5. Tipos de no adherencia al tratamiento:

Generalmente la adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria cumplidor/ no cumplidor, adherencia/ no adherencia, pero muchos los criterios utilizados para describir las características de la adherencia de los pacientes al tratamiento prescrito. En los estudios realizados se ha considerado como tal la omisión o alteración de la dosificación.

Cuando e método utilizado para estudiarlo permite su valoración cuantitativa, se considera cumplidor o adherencia si se toma el 100% de la dosis recomendada; aunque se admiten variaciones, como observar el tratamiento por encima del 75% -80%, o bien el intervalo entre el 80% y 110% de la dosis prescrita, considerándose en esto casos incumplidores a los que toman dosis por debajo del valor inferior e hipercumplidores a los que toman por encima del valor superior del intervalo¹¹⁴.

Los valores descritos para clasificar a los pacientes generalmente no son elegidos por la relevancia clínica basada en la cantidad de medicación que es requerida para alcanzar un efecto terapéutico, sino que, en la gran mayoría de los casos, se trata de un valor arbitrario¹¹⁵.

Cuando se ha estudiado el periodo de seguimiento, se puede distinguir:

Incumplimiento parcial: En el que el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.

Incumplimiento esporádico: Si el individuo incumplimiento de forma ocasional, más frecuente en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos.

Incumplimiento secuencial: En el que el tratamiento se deja durante periodos de tiempo en los que se encuentra bien, pero lo restaura cuando aparecen síntomas, similar al concepto de vacaciones terapéuticas.

Cumplimiento de bata blanca: Si solo se adhiere cuando está cercana una visita médica. Estas actitudes junto con la anterior se dan en enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes o la dislipemia.

Incumplimiento completo: Si el abandono del tratamiento es de forma indefinida. Esta falta de adherencia es más frecuente en jóvenes con enfermedades crónicas, probablemente porque el beneficio del tratamiento se plantea a largo plazo y los gastos y posibles efectos adversos son inmediatos¹¹⁶.

Otra forma de clasificar la falta de adherencia es:

Primaria: Que incluye tanto no llevarse la prescripción de la consulta como el llevársela, pero no retirarla de la farmacia

Secundaria: Que incluye tomar una dosis incorrecta, a horas incorrectas, olvidarse de tomar una o varias dosis o aumentar la

frecuencia de la dosis y suspender el tratamiento demasiado pronto, bien dejando de tomarlo antes de la fecha recomendada por el médico o no obteniendo una nueva prescripción¹¹⁷.

2.3.6. Métodos de detección de la no adherencia al tratamiento:

Los métodos¹¹⁸ disponibles para medir la adherencia al tratamiento se clasifican en:

Métodos objetivos directos

Métodos objetivos indirectos

Métodos subjetivos

2.3.7 Estrategias para el mejoramiento de la adherencia farmacológica y no farmacológica:

Varios autores han descrito diferentes estrategias encaminadas a incrementar la adherencia terapéutica¹¹⁹. Algunas de ellas van dirigidas a corregir en el paciente actitudes y creencias, al igual que cambiar o modificar la concepción que tiene sobre la salud, adicionándole cambios en su entorno social, por medio de conformación de grupos de apoyo y de autoayuda.

Para este estudio se escogió a la teoría de Dorotea E. Orem, quien etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres relacionadas: la primera es la teoría de autocuidado, que describe el por qué y el cómo, las personas cuidan de sí mismas.

La segunda es la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica como el profesional de enfermería es agente de cuidado; y la tercera es la teoría de sistemas enfermeros, en la que se explican los modos en que el profesional

de enfermería puede atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas como los: sistemas de enfermería totalmente compensadores enfermería sule al individuo, sistemas de enfermería parcialmente compensadores el personal de enfermería proporciona autocuidados y sistemas de enfermería de apoyo-educación la enfermera actúa ayudado a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podían hacer sin su ayuda.

En su planteamiento del autocuidado Orem lo define como algo que se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada, continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona¹²⁰.

El profesional de Enfermería debe desempeñar actividades encaminadas a desarrollar en el paciente su propio autocuidado.

Orem define la actividad del profesional de enfermería como “La capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras, que les da poder para ser representadas como enfermeras y dentro del marco de una relación interpersonal legítima para actuar, saber y ayudar a las personas de esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado”¹²¹.

Al igual, Orem menciona en su teoría que “un método de ayuda desde la perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo o el de sus dependientes”¹²².

Este aspecto es importante, pues el profesional de enfermería debe dar al paciente herramientas para que este pueda desarrollar su propio autocuidado, teniendo en cuenta las limitaciones que presenta en su entorno tanto ambiental, emocional y familiar.

El profesional de enfermería debe guiar y dirigir al paciente a lo largo de su tratamiento, ofreciéndole apoyo tanto físico como psicológico, del mismo modo ha de brindar y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal. Estas acciones deben estar encaminadas hacia la educación para la salud con el fin de enseñarle al paciente la importancia de autocuidado.

La comunicación es otra de las estrategias que el profesional de la salud debe tener en cuenta, esta debe ser asertiva a la hora de relacionarse con los pacientes, la comunicación busca construir en conjunto conocimientos acerca de la enfermedad y estrategias encaminadas al mejoramiento del tratamiento, en cuanto a esquemas o metodologías orientadas a la dosificación y a los horarios del tratamiento.

Otra estrategia metodológica igual de importancia a la anterior es la educación para la salud, el cual debe aplicarse cuando se interactúa con el paciente en la consulta, ya sea con el médico o el profesional de enfermería. Este tipo de proceso determina de forma favorable que el paciente se adhiera mejor a su tratamiento, porque la educación está dirigida a todas y cada una de las recomendaciones que se le den sobre el tratamiento a seguir.

Este aspecto es significativo porque a través del tiempo disminuirán los reingresos hospitalarios, y este proceso resulta en esencia una conducta costo y efectiva¹²³.

Las ayudas directas son otro tipo de estrategias o metodología para mejorar la adherencia al tratamiento.

Esta estrategia plantea la utilización de fichas sencillas o formatos impresos para diligenciar y hasta proponer la utilización de dispositivos electrónicos que le indican al paciente que alguna de la dosis del medicamento fue omitida, de igual forma, las nemotecnias son otra estrategia que ayuda en la adherencia porque involucran los familiares, amigos, grupos de apoyo y cuidadores, teniendo como objetivo recordarle al paciente que debe tomar el medicamento.

Hay que tener en cuenta que las estrategias que se implementen a los pacientes deben ser adecuadas a la necesidad de cada persona, ya que cada uno tiene particularidades específicas, y el profesional de la salud tiene que identificar estas necesidades para ofrecer opciones estratégicas de metodología para el mejoramiento de la adherencia¹²⁴, logrando una adherencia farmacológica y no farmacológica en los pacientes que presentan enfermedades crónicas por lo que es necesario brindarles herramientas adecuadas de acuerdo con su contexto, es decir, hay que tener en cuenta el medio ambiente en donde se desarrollan los pacientes y el aspecto económico y biopsicosocial, por lo anterior la educación liderada por el profesional de enfermería se convierte en la principal herramienta para promover la adherencia al tratamiento farmacológico

y no farmacológico sumada a un seguimiento personalizado en el que el paciente se sienta seguro y confiado hacia el personal de la salud médico y enfermera, dándole el primer lugar en el manejo de su enfermedad y de su tratamiento.

2.3.8. Concepto de enfermedades crónicas:

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica¹²⁵.

Son muchas las definiciones que se han dado de enfermedad crónica (EC), pero quizás una de las más acertadas por su sencillez es la que hace Nobel¹²⁶ en 1991 definiéndolas como un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo.

Se trata por tanto de un problema que abarca a todos los grupos de edad, si bien afecta predominantemente a los adultos. Producen una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que las padecen.

Las enfermedades crónicas constituyen un desafío importante que ha debido asumir la salud pública en el último medio siglo¹²⁷; son causa importante del aumento del coste sanitario, estimándose que en los países occidentales son

responsables del 75% del gasto sanitario y de más el 80% del gasto farmacéutico¹²⁸.

Se identifican como aquellos que persisten por largos períodos, afectan de una forma u otra la vida normal de las personas y, generalmente, se pueden solo controlar, no curar, con las intervenciones médicas actualmente disponibles¹²⁹.

Muchas enfermedades crónicas pueden tener largos períodos de incubación, para cursar luego por etapas sintomáticas sucesivas, que se extienden en general, durante años, aunque su presentación, crisis de agudización y gravedad, pueden variar mucho, según diversos factores. Si bien, todas las enfermedades crónicas no son necesariamente graves ni mortales, aunque otras sí y mucho, prácticamente la totalidad afectan la calidad de vida de las personas que las padecen e, incluso, pueden deteriorar su independencia, como reflejo de una mala salud, de especial connotación en edades avanzadas de la vida.

De aquí que, en general, los enfermos requieren de un cuidado sistemático o permanente, ya sea por parte de profesionales como de cuidadores no profesionales y de servicios, principalmente de salud y sociales. Otras características comunes a estas enfermedades, son: su evolución continua y la necesidad de educar apropiadamente a los pacientes, para responsabilizarlos también con su propio control y autocuidado.¹³⁰.

Desafortunadamente, muchas veces la denominación de enfermedades crónicas tiende a reforzar el modelo médico de enfermedad basado en una sola

entidad, o en entidades aisladas. En general, los que padecen de una enfermedad crónica, también presentan otras intercurrentes comorbilidades, situación que aumenta con la edad. Además, las circunstancias sociales, las discapacidades, entre otras, hacen que los modelos médicos simplistas dirigidos a enfermedades aisladas sean limitados en su aplicación.

El reconocimiento de la pobreza como una determinante importante, es uno de los aportes más significativos de la epidemiología social de los últimos tiempos¹³¹.

Para un panorama que cuenta con una población que envejece progresivamente y un incremento en la comorbilidades médica y social, es clave el concepto de que las enfermedades crónicas constituyen problemas multidimensionales. Solo así se logrará su comprensión y se podrán emprender acciones para alcanzar su manejo efectivo¹³².

Por tanto, si la carga de enfermedades ha cambiado hacia las enfermedades crónicas en todo el mundo y se ha acumulado un cuerpo suficiente de conocimientos entorno a este problema tan actual, los sistemas de salud, en sus servicios preventivos y asistenciales, también deberían cambiar para enfrentar estos nuevos retos.

Sin embargo, aunque existen intervenciones biomédicas y sobre el comportamiento muy efectivas para la prevención y el manejo de la mayoría de las enfermedades crónicas, la atención que se recibe es, en general, fragmentada y su óptima. La mayor parte de los sistemas de salud actuales están

diseñados para proveer cuidados episódicos y durante la fase aguda de los padecimientos.

Las enfermedades crónicas son permanentes y requieren continuidad en su prevención y en su control¹³³.

2.4.9. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES:

Adherencia: La Organización Mundial de Salud en el 2004 definió la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”¹³⁴.

Algunos estudios la han definido como “el contexto en el cual comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a las consultas programadas, tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar os cambios de estilo de vida recomendados y completar los análisis y pruebas solicitadas”¹³⁵.

En esta investigación la adherencia se define como “la participación, compromiso, colaboración proactiva y voluntaria de las personas con enfermedades crónicas, llevando a cabo las recomendaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico para obtener mejores condiciones de salud y de vida. Se determina por medio de rango establecido en el instrumento para medir la adherencia e identificar los regímenes relacionado, y así definir un nivel de adherencia”¹³⁶.

Adherencia al tratamiento farmacológico: Se define como el grado al cual el comportamiento de un paciente corresponde las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea este médico o profesional de enfermería.

Estas recomendaciones se relacionan con medicamentos: tipo de medicamentos, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horarios de comidas, horarios diurnos y otros¹³⁷.

CAPITULO III

3. METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Según la intervención de la investigación, el estudio es de tipo **observacional** puesto que no es manipulada la variable principal de estudio que en este caso es adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en el proyecto de investigación, también puesto que los datos reflejan la evolución natural de los eventos, todo esto ajeno a la voluntad. El investigador no interviene de ninguna forma, no afecta la evolución natural de los eventos, limitándose a “observar”

Según la planificación de la medición; este estudio es de tipo **prospectivo**

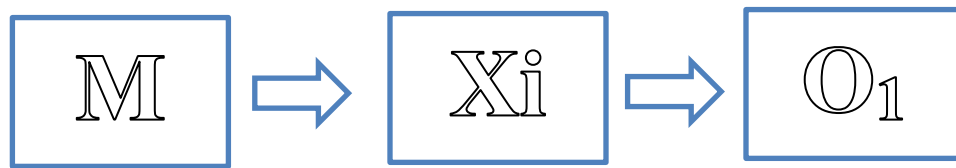
Según la medición de variable; este estudio es de tipo **transversal** porque fue medido una sola vez en ese tiempo de lapsos, y porque trata de muestras independientes. Se le denomina como un corte en el tiempo, donde todas las variables son medidas en una sola ocasión, por este motivo al realizar comparaciones, nos referimos a dos muestras independientes.

Según el número de variable; es **descriptivo** por que pretenden solamente describir la variable principal que en este caso es adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores. Se busca describir las características del objeto de investigación finalidad cognoscitiva, el análisis estadístico es univariado, nos permite estimar parámetros (propósito estadístico) en la población de estudio a partir de una muestra.

3.2 DISEÑO DE ESTUDIO

El estudio presentado pertenece al nivel de investigación **DESCRIPTIVO**, en la cual describe los regímenes relacionados a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores.

De diseño descriptivo de una variable en una muestra, siendo representado por el siguiente esquema:



M: Adultos mayores que acudieron al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

Xi: Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas

O₁: Observación de la variable principal

3.3. POBLACIÓN:

La población de estudio estuvo conformada por Adultos mayores que acudieron al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016, siendo un total de 100 adultos mayores con alguna enfermedad crónica.

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

Se incluyen en el estudio a los adultos mayores:

- De 60 años a más de edad.
- Consentimiento informado para el estudio firmado
- Que acudieron al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016
- Que pueden responder a las preguntas o algún familiar o apoderado.

Criterios de exclusión:

No se incluyeron a los adultos mayores:

- Menores de 60 años
- Que no acudieron al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

3.3.2 UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESPACIO Y TIEMPO.

3.3.2.1. Ubicación en el espacio:

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud de Acomayo

El Centro de Salud Acomayo está situado en la parte nororiental del departamento de Huánuco, distrito de Chinchao, a una altitud de 2110 m.s.n.m, tiene una población asignada de 14.620 habitantes, la urbanidad es el 100% es rural y el 75% rural dispersa con limitado acceso geográfico, a 31 Km. de la ciudad de Huánuco.

Ubicado en el Jr.Imapata S/N – Acomayo. Huánuco - Huánuco – Chinchao

3.3.2.2. Ubicación en el tiempo:

Esta investigación se realizó durante los meses de junio hasta noviembre el año 2016.

3.4 MUESTRA Y MUESTREO:

3.4.1 UNIDAD DE ANALISIS

Adulto mayor que acudió al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

3.4.2 UNIDAD DE MUESTREO

Adulto mayor que acudió al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

3.4.3 MARCO MUESTRAL

La relación de los adultos mayores que acudieron al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016, otorgado por la responsable del programa Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Daños no Transmisibles, Licenciada Elena Criollo Timoteo.

3.4.4 TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño de la muestra de los adultos mayores que acudieron al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016 entre los meses de junio a noviembre, sobre la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas se efectuará mediante la siguiente fórmula.

Formula

$$n = \frac{Z^2 \alpha^2 pqN}{e^2 (N - 1) + Z^2 \alpha^2 pq}$$

TABLA DE VALORES

N	Población	100
Z	Nivel de confianza del 95%	1.96
P	Probabilidad de éxitos	0.5
Q	Complemento de p 1-p	0.5
E	Precisión o magnitud del error de 5%	0.05
E ²		0.0025
Unidad		1
N	Tamaño de muestra	80

3.4.5 TIPO DE MUESTREO

Se utilizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión de la unidad de análisis.

En el muestreo aleatorio simple, se asignó números a las unidades de análisis, donde serán seleccionadas.

3.5 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

En este estudio se aplicó la técnica de la encuesta, cuyo instrumento es 2 cuestionarios, permitiendo obtener las respuestas verbales de las creencias, pensamiento e ideas.

Entre los instrumentos que fueron empleados, tenemos los siguientes:

- **Guía de encuesta sobre las características generales y familiar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco. (ANEXO 01).** Este instrumento consta de 15 reactivos clasificados en cuatro dimensiones: **Características sociodemográficas** que comprende de 6 reactivos (edad, género, procedencia, grado de instrucción, estado civil y religión), **características familiares** que comprende de 3 reactivos (miembro con

quien vive, número de hijos, carga familiar), **características del estado de salud** que comprende de 3 reactivos (enfermedad que padece - diabetes, hipertensión, osteoartritis y demencia, cuánto tiempo tiene la enfermedad y si tiene seguro de salud), **características socioeconómico** que comprende de 3 reactivos (disponibilidad económica , costo y recursos para el traslado al hospital)

- **Guía de encuesta para medir la adherencia en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco. (anexo 02).** Este instrumento consta de 26 reactivos clasificados en cuatro regímenes relacionado a la adherencia al tratamiento: **Régimen de adherencia relacionado con el paciente** que comprende de 9 reactivos. **Régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente** que comprende de 4 reactivos. **Régimen de adherencia relación con los medicamentos** que comprende de 6 reactivos. **Régimen de adherencia relacionado médico - personal de enfermería y paciente** que comprende de 7 reactivos.

Este instrumento esta validado con bases consultados en diversos estudios realizados de diferentes autores, distintos años y en diferentes países teniendo en cuenta el origen del test de MORISKY- GREEN.

3.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Se realizó lo siguientes procedimientos de validez y confiabilidad

3.6.1 Validez de respuesta

En este estudio se aplicó una muestra piloto al 10% de la muestra con la finalidad de añadir algunas dimensiones o corregir en el instrumento.

También nos servirá para ver la comprensión, redacción y coherencia de cada reactivo.

El instrumento fue sometido a jueces expertos con el objetivo de conseguir su validez y determinar hasta donde los reactivos son representativos

1. Se seleccionó 5 jueces expertos de diferentes disciplinas que juzgaran cualitativamente la “bondad” de los ítems de los instrumentos, en términos de contenido, la claridad en la redacción y la no tendenciosidad en la formulación de los ítems.
 - Docente experto en investigación
 - Enfermera encargada de los adultos mayores
 - Docente en el área de geriatría
 - Especialista en redacción
2. Cada experto recibió determinada información escrita acerca del propósito del estudio, objetivos, hipótesis, operacionalización de las variables, entre otros.
3. Cada experto recibió cuatro fichas, las cuales incluía, hoja de instrucciones para la evaluación por jueces, hojas de respuesta de la validación por jueces, jueces de expertos sobre la pertinencia del instrumento de la escala propuesta y una constancia de validación junto con un oficio

4. Se recogió la opinión de los expertos y se tomó las suficientes decisiones: los ítems donde existieron observación o recomendaciones, serán modificados, replanteados y nuevamente validados, de acuerdo con la opinión de los expertos

3.6.2 Validación por racional

El estudio a realizo con dos instrumentos que nos ayudó a la recolección de datos del problema en estudios, para la construcción de este instrumento se ha consultado diversos estudios realizados de diferentes autores, distintos años y en diferentes países teniendo en cuenta el origen del test de MORISKY-GREEN.

3.6.3 CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

Para estimar la confiabilidad del instrumento en estudio, se vio por conveniente realizar la validez de consistencia interna para el cual se explicó empleando α - 20 que con llevo respuestas de tipo diatónicas

Se realizó un pre- piloto con el instrumento respectivo para la adherencia al tratamiento de enfermedades crónica el instrumento es un cuestionario para identificar principalmente que régimen de la adherencia influyen a la adherencia del Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2015.

Se realizó el análisis con la prueba α -20.

Si el valor resultara cercano a la unidad se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes.

$$K_{R20} = \frac{K}{K-1} \left[\frac{\sum p \cdot q}{S^2 t} \right]$$

Dónde:

n =

de ítems del test

s²T = varianza total de las puntuaciones

p = proporción de sujetos que acierta el ítem

q = 1 – p = proporción de sujetos que no aciertan el ítem

X_T = suma de las medias de los ítems. Para ítems dicotómicos: x_T = n p_i

número

Tabla 01: Estimación de confiabilidad por el método de consistencia interna

Kuder Richardson (KR20) para el anexo 02, guía de encuesta para medir la adherencia al tratamiento en los adultos mayores.

RÉGIMENES DE LA ADHERENCIAAL TRATAMIENTO		kr (20)
I.	Régimen de adherencia al tratamiento relacionado con el paciente (n=11)	0.44
II.	Régimen de adherencia al tratamiento relacionado con el medio ambiente (n=5)	0.58
III.	Régimen de adherencia al tratamiento relacionado con los medicamentos (n=9)	0.76
IV.	Régimen de adherencia al tratamiento relacionado con el médico, profesional de enfermería y paciente (n=7)	0.91
V.	Total de regímenes (n=29)	0.92

En la tabla 01, se encontró que el valor para el anexo 02, guía de encuesta para medir la adherencia al tratamiento en los adultos mayores es de 0.92 de confiabilidad por lo que el instrumento a utilizar es aceptable.

3.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

Para obtener la información para el presente trabajo de investigación se realizó coordinaciones con el Centro de Salud Acomayo- Huánuco a fin de solicitar la autorización correspondiente:

Al director del Centro de Salud Acomayo Huánuco, Dr. Frank A. Bartra Berrospi

Licenciada en Enfermería encargada del programa de adulto mayor a la Lic. Enf. Florinda Falcón Cabrera.

Lic. Enf. Elena Criollo Timoteo del programa de Estrategias Sanitaria Nacional Prevención y Control de Daños no Trasmisibles

Para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se capacito a dos encuestadores independientemente, sobre el manejo de la información, los que fueron tratados en completo anónimo.

Habiendo obtenido las autorizaciones del caso, se procedió a ubicar a los adultos mayores que acudan al Centro de Salud Acomayo- Huánuco que participaron en el estudio.

- **Guía de entrevista sobre las características generales y familiar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco. (ANEXO 01).** Este instrumento nos ayudó a identificar las características generales de los adultos mayores donde determinaremos estándares de edades, género, estado, etc.

- **Guía de entrevista para medir la adherencia en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco. (anexo 02).** A través de este instrumento evaluamos y medimos el nivel de adherencia en los cuatro regímenes que influyen en ello. Identificando cuál de ellos afecta más a nivel del cumplimiento.

Finalmente, el cuestionario en tomar a cuenta autorreferida más utilizado es el de Morisky-Green¹³⁸ validado en su versión española por Val Jiménez y cols¹³⁹.

El tratamiento de las enfermedades crónicas exige cambios en el estilo de vida y una correcta adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual ha sido y continúa siendo un problema clínico de gran relevancia, por lo cual se evaluó con el cuestionario a los adultos mayores en estudio, realizándole las preguntas y explicándole cada una de ellas.

- **Consentimiento informado (anexo 03).** A través del cual los adultos mayores, serán informados por escrito acerca de los objetivos generales del proyecto de trabajo en el que serán incluidas. Una vez leído este documento, los adultos mayores lo firmarán, o de lo contrario refrendarán su huella digital.

- **Compromiso de confidencialidad y protección de datos (anexo 04).** Con este documento, el investigador se comprometerá a no revelar los datos de la investigación de los que pudieran deducirse datos personales de los pacientes y a emplearlos únicamente en la consecución de los objetivos planteados y que ellos conocerán.

La ley del secreto profesional y de protección de datos considero al investigador responsable de la guarda y custodia de datos personales, especialmente de datos considerados “sensibles” y a proteger de forma especial, y de tomar las medidas pertinentes para evitar que puedan relacionarse los datos con las personas concretas.

3.8 ELABORACIÓN DE DATOS

- **Revisión de datos:** se examinaron en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron a fin de realizar control de calidad de datos.
- **Codificación de los datos:** los datos recolectados fueron transformados en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según la variable de estudio.
- **Clasificación de los datos:** se realizó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos:** se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.9 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

- **Análisis descriptivo:**

Se detallaron la característica, la variable según el estudio, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó (categórica o numérica); se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas.

Además, se emplearon figuras, para facilitar la comprensión, en cada caso, se trató de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible.

- **Análisis inferencial:**

Se tomaron los siguientes pasos:

Se inició este análisis en tablas comparando las frecuencias relativas entre los dos grupos; este análisis sirvió para determinar y discriminar aquellas categorías que se diferenciaron en un inicio y que posteriormente se asociaban estadísticamente a la variable de estudio.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.

3.10. ASPECTOS ÉTICAS.

Para fines de la investigación se consideró los principios éticos de enfermería en materia de investigación, y son las siguientes.

- **Principio de Beneficencia**, Significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan.

Una enfermera practica la beneficencia a partir del momento en que se preocupa y dedica atención preferente a su auto superación para mantener la competencia y desempeño profesional, que le permitirá brindar una atención de calidad.

La enfermera aplica la beneficencia, por ejemplo, cuando, al ejecutar acciones dependientes de las órdenes médicas, ajusta el horario de la administración de los medicamentos no a su comodidad, sino a las necesidades del paciente.

No maleficencia, Principio de No Maleficencia, Significa evitar el mal, pues dañar no puede estar presente, de manera consciente, ni en la idea, de un profesional de la salud.

Se respetará este principio, porque no podrá en riesgo la dignidad, ni los derechos y bienestar de los participantes, ya que la información será de carácter confidencial.

- **Principio Autonomía**, se respetará este principio, ya se les explicara que podrían retirarse de la investigación en el momento que lo desearan.

Se define como la aceptación del otro (paciente) como persona responsable y libre para tomar decisiones.

En la práctica, este principio se concreta en el consentimiento informado, el cual consta de dos elementos fundamentales:

- **Información**, el profesional de la salud es el encargado de proporcionar la información necesaria al paciente de forma comprensible, es decir, con un lenguaje claro y preciso.

El consentimiento, el consentimiento es competencia del paciente o de su representante moral (familiar) o legal (tutores, abogados). Este consentimiento debe ser voluntario y el paciente o su representante debe ser competente, tanto física como psicológicamente.

El profesional de la salud se enfrenta, en su ejercicio cotidiano, a una categoría mucho más abarcadora que la autonomía, que es la integridad del paciente como un todo, con sus valores más preciados: la vida y la salud, que incluye además el respeto a su individualidad y a su derecho de libertad de opción.

- **Justicia**, este principio se respetará, ya que se aplicará el consentimiento informado de carácter escrito y se solicitará.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

Tabla 2. Características sociodemográficas de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICO	N	%
Edad		
65 a 68 años	26	32.5
69 a 74 años	30	37.5
75 a 80 años	24	30.0
Genero		
Masculino	41	51.2
Femenino	39	48.8
Zona de donde vive		
Rural	80	100.0
Grado de instrucción		
Sin estudios	50	62.5
Primaria	30	37.5
Estado civil		
Casado (a)	23	28.8
Viudo (a)	28	35.0
Conviviente	22	27.5
Divorciado (a)	7	8.7
Religión		
Católico	17	21.3
Evangélico	61	76.2
Mormón	2	2.5
TOTAL	80	100.0

FUENTE: Guía de encuesta sobre las características generales y familiares de los adultos mayores (anexo 01)

Al identificar las características sociodemográficas de la muestra de adultos mayores en estudio, se apreció respecto a las edades, un porcentaje similar siendo así el mayor al grupo etario de 69 a 73 años [37.5% (30)] y el porcentaje

más bajo entre las 75 a 80 años [30% (24)]. Respecto al sexo, [51,3% (41)] fueron del género masculino. Respecto la procedencia predominante fue rural [100%(80)] de los adultos mayores en estudio. Respecto al grado de instrucción el [62,5% (50)] corresponden al grado de instrucción sin estudios, y el [37.5%(30)] al grado de primaria. En el caso de estado civil se presentó el mayor porcentaje [35% (28)] viudo (a), y el [8.7% (7)] representa al estado civil de divorciado (a). Por último, la religión predomina evangélico [76.2% (61)] y el menor porcentaje [2.5% (2)] mormón.

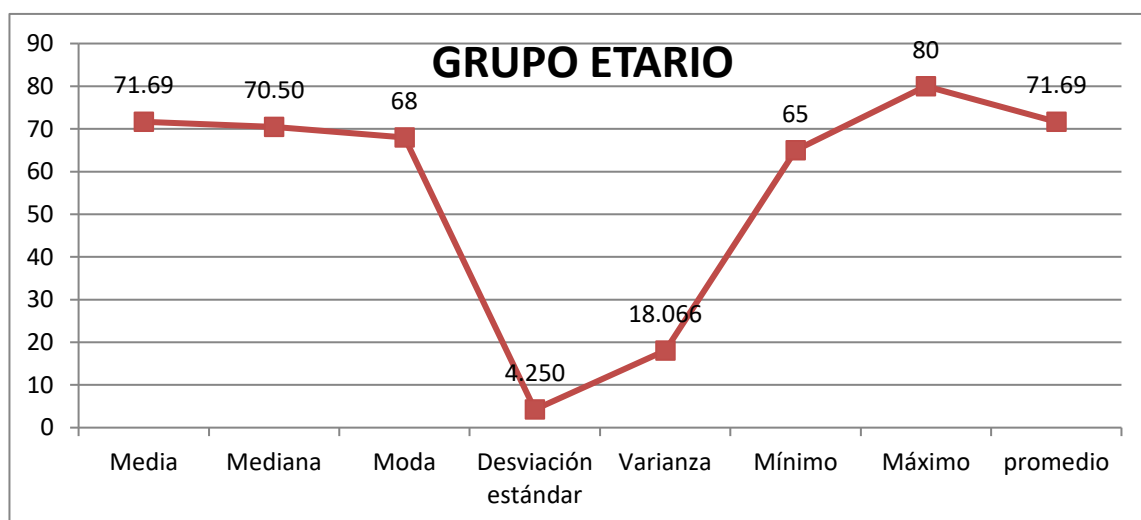


Figura 1. Representación gráfica de la edad en años de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo- Chinchao, Huánuco 2016

En la figura 1, que representa las edades de los adultos mayores en estudio, se observó que la edad mediana fue 70.50. La edad promedio fue de 71,7 años con DE 7,1; siendo la edad mínima 65 años y máximo 89 años.

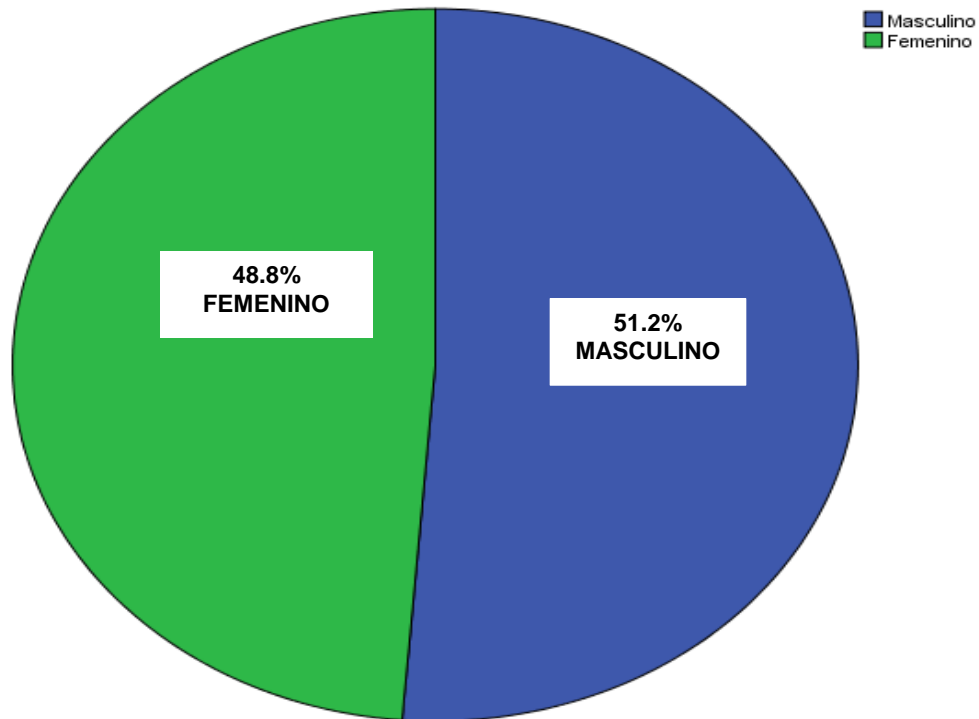


Figura 2. Representación gráfica del género de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

En la figura 2, se observa que los adultos mayores estuvieron conformes en su mayoría por el género masculino [51.2%(41)]. Y menos de la mitad de ellos, fueron del género femenino [48.8% (39)].

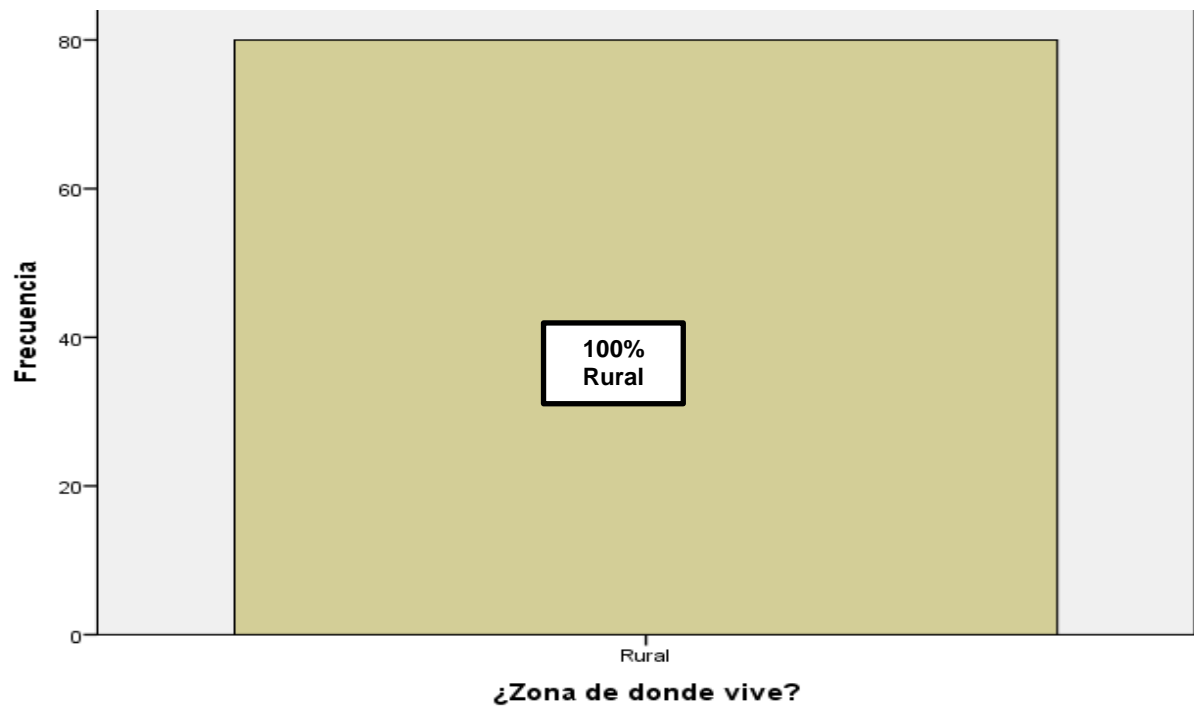


Figura 3. Representación gráfica de la procedencia de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016 Identificar la procedencia de los adultos mayores en estudio, se apreció que el 100% es decir la totalidad procedencia es rural (zona de donde viven)

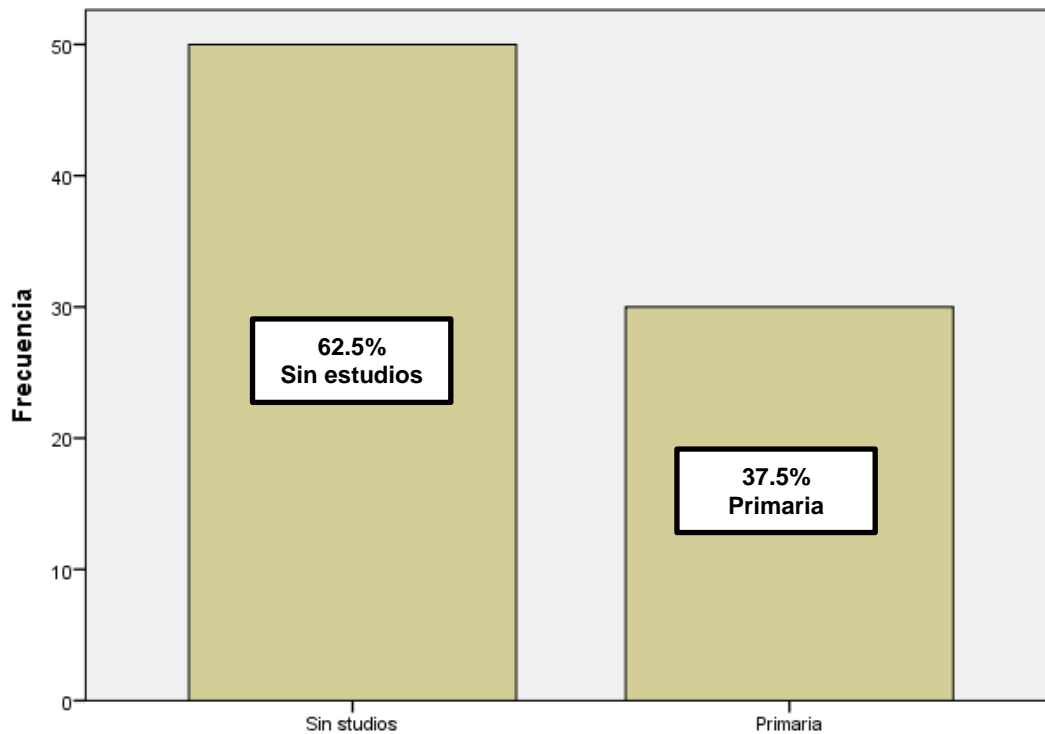


Figura 4. Representación gráfica del grado de instrucción de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

Al identificar el grado de instrucción de los adultos mayores, se apreció que más de la mitad que es el 62.5% (50) son adultos sin estudios, el resto que no llega ni a la mitad consta de 37.5% (30) tienen el grado de instrucción primario.

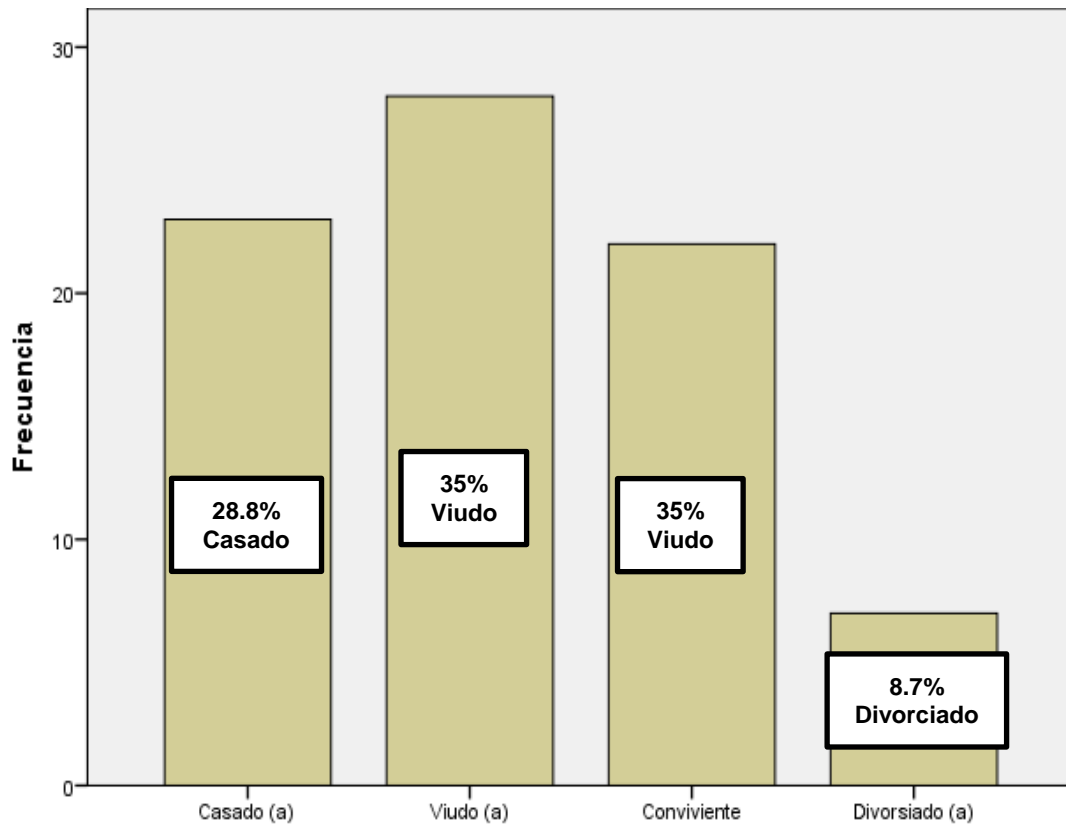


Figura 5. Representación gráfica del estado civil de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

Al identificar el grado de instrucción de los adultos mayores en estudio, se apreció un mayor porcentaje 35% (28) viudo(a), 28.8% (23) casado (a), 27.5% (22) conviviente y por último el 8.7% (7) divorciado (a).

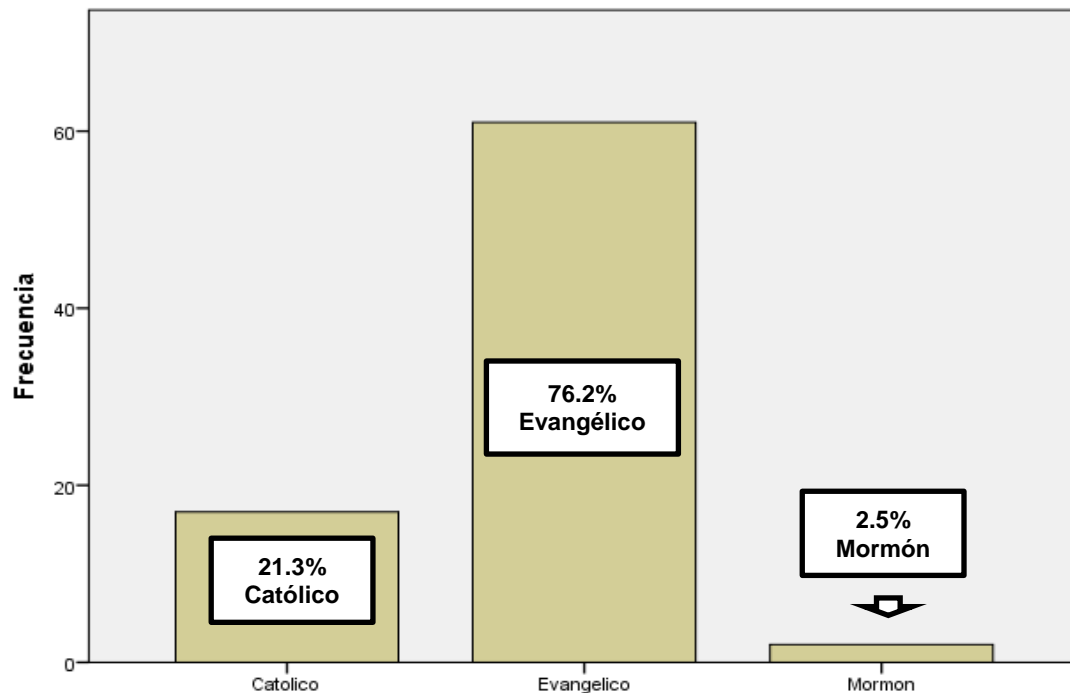


Figura 6. Representación gráfica de la religión de los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

Al identificar la religión de los adultos mayores en estudio, se apreció que más de la mitad pertenece al 76.2% (61) evangélico, 21.3% (17) católico y por último el 2.5% (2) mormón.

Tabla 3. Características familiares de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES	N	%
Con quien vive Ud.		
Solo	16	20.0
Con su pareja	22	27.5
Con sus hijos	25	31.2
Con su pareja e hijos	17	21.3
Número de hijos		
2 a 3 hijos	28	35.0
4 a 5 hijos	36	45.0
6 a 8 hijos	16	20.0
¿Cumple con alguna responsabilidad familiar?		
Si	27	33.8
No	53	66.2
TOTAL	80	100.0

FUENTE: Guía de encuesta sobre las características generales y familiares de los adultos mayores (anexo 01).

Respecto a las características familiares de los adultos mayores en estudio, se apreció respecto a con quien vive el adulto mayor el mayor porcentaje [31.2% (25)] vive con sus hijos; y el más bajo porcentaje el [20% (16)] viven solos. Respecto al número de hijos el adulto mayor en el mayor porcentaje [45% (36)] consta entre 4 a 5 hijos. Por último, la mayoría de adultos mayores no tiene responsabilidad familiar consta con un [66.3% (53)].

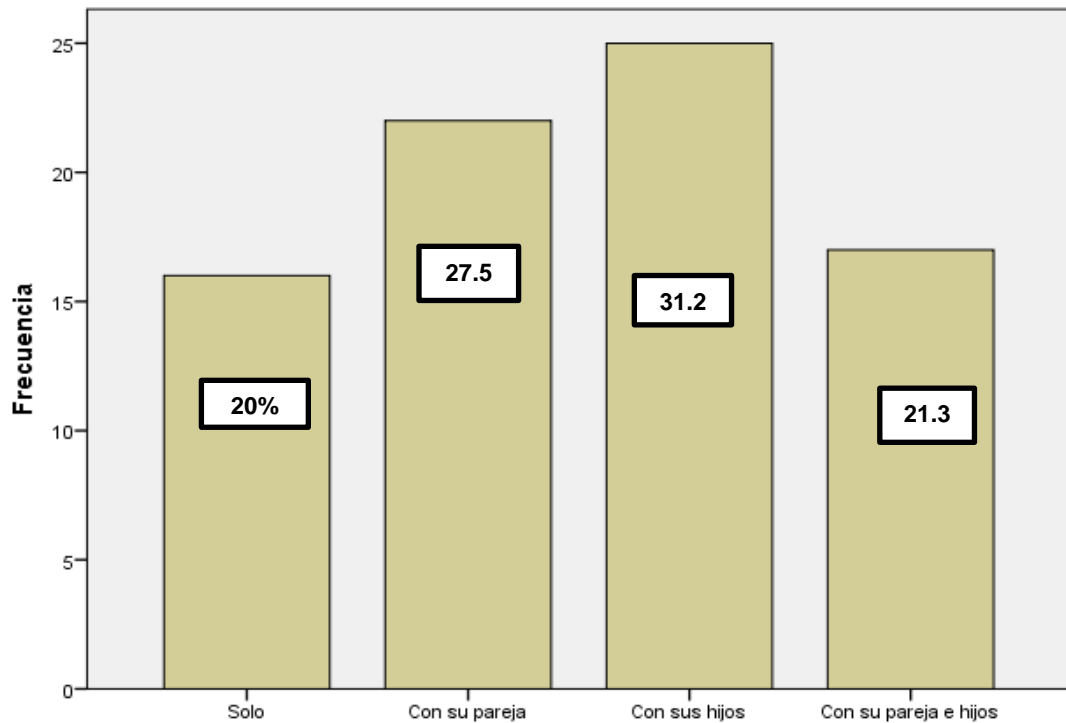


Figura 7. Representación gráfica de con quien vive el adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

Al identificar con quien vive el adulto mayor en estudio, se apreció que el 31.2% (25) viven con sus hijos; 27.5% (22) viven con sus parejas; 21.3% (17) viven a la vez con su pareja e hijos y por último el 20% (16) viven solos.

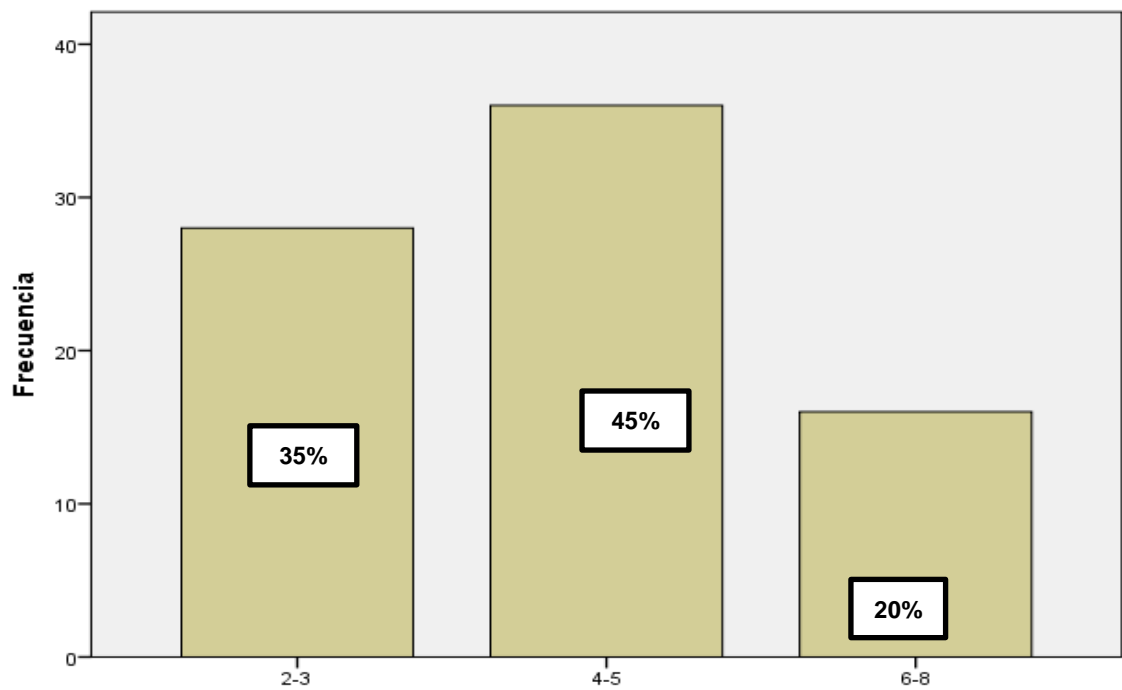


Figura 8. Representación gráfica cuántos hijos tiene el adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

Al identificar el número de hijos que tiene el adulto mayor en estudio, se apreció que el 45% (36) tiene de 4 - 5 hijos; 35% (28) tiene de 2 - 3 hijos y el 20% (16) tiene de 6 - 8 hijos.

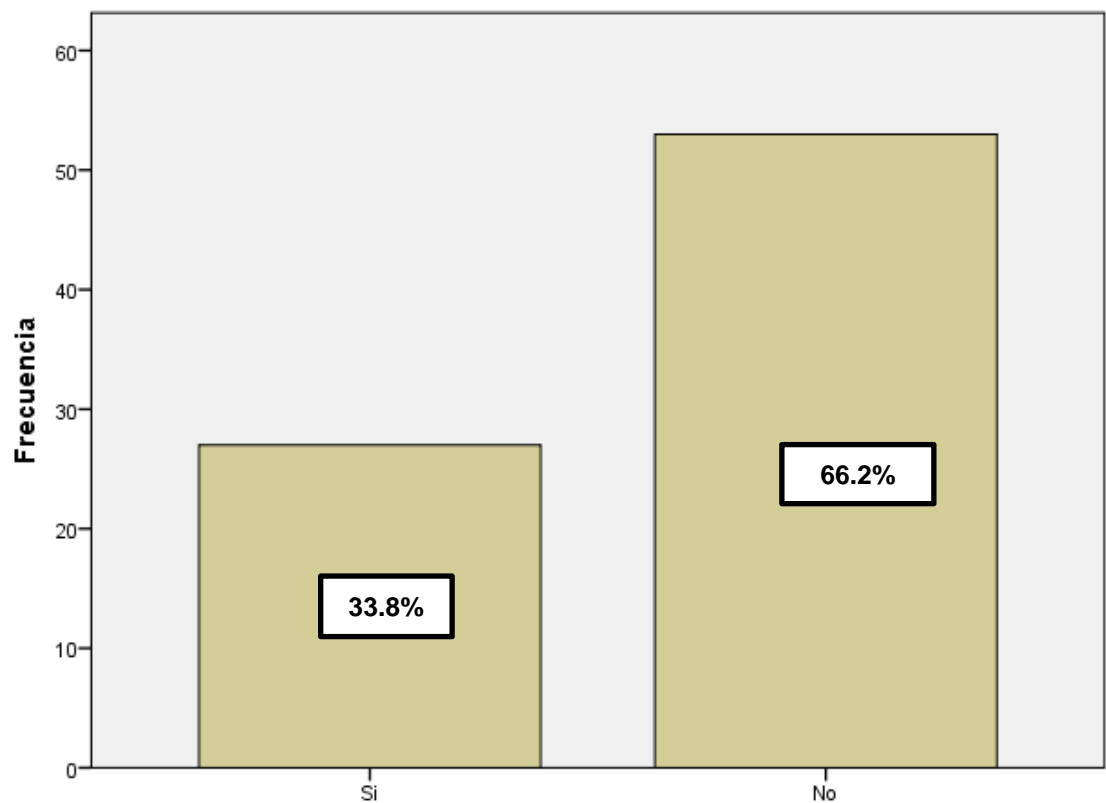


Figura 9. Representación gráfica si el adulto mayor tiene alguna responsabilidad familiar que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016.

Al identificar si el adulto mayor tiene o no responsabilidad familiar, se apreció que el 66.2% (53) no tiene responsabilidad familiar y el 33.8% (27) si tiene responsabilidad familiar.

Tabla 4. Característica del estado de salud de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE SALUD	N	%
Enfermedad que padece		
Diabetes	26	32.5
Hipertensión arterial	37	46.2
Diabetes/Hipertensión arterial	5	6.3
Diabetes/ Dislipidemia	7	8.7
Hipertensión arterial/ Dislipidemia	5	6.3
Tiempo que padece la enfermedad		
2 a 3 años	24	30.0
4 a 5 años	33	41.2
6 a 9 años	23	28.8
SEGURO SIS		
Si (SIS)	80	100.0
TOTAL	80	100.0

FUENTE: Guía de encuesta sobre las características generales y familiares de los adultos mayores (anexo 01).

Respecto a las características del estado de salud en los adultos mayores en estudio, se apreció respecto a la enfermedad que padece, que menos de a mitad de ellos padecen hipertensión arterial [46.2% (37)], y el menor porcentaje hipertensión arterial/ dislipidemia [6.3% (5)]. Respecto al tiempo que padece la enfermedad, que menos de la mitad de ellos tienen de 4 a 5 años [41.2% (33)], y al menor porcentaje tiene de 6 a 9 hijos [28.8% (23)]. Respecto a que si tiene seguro o no el adulto mayor predomina el [100% (80)] si tiene seguro integral de salud.

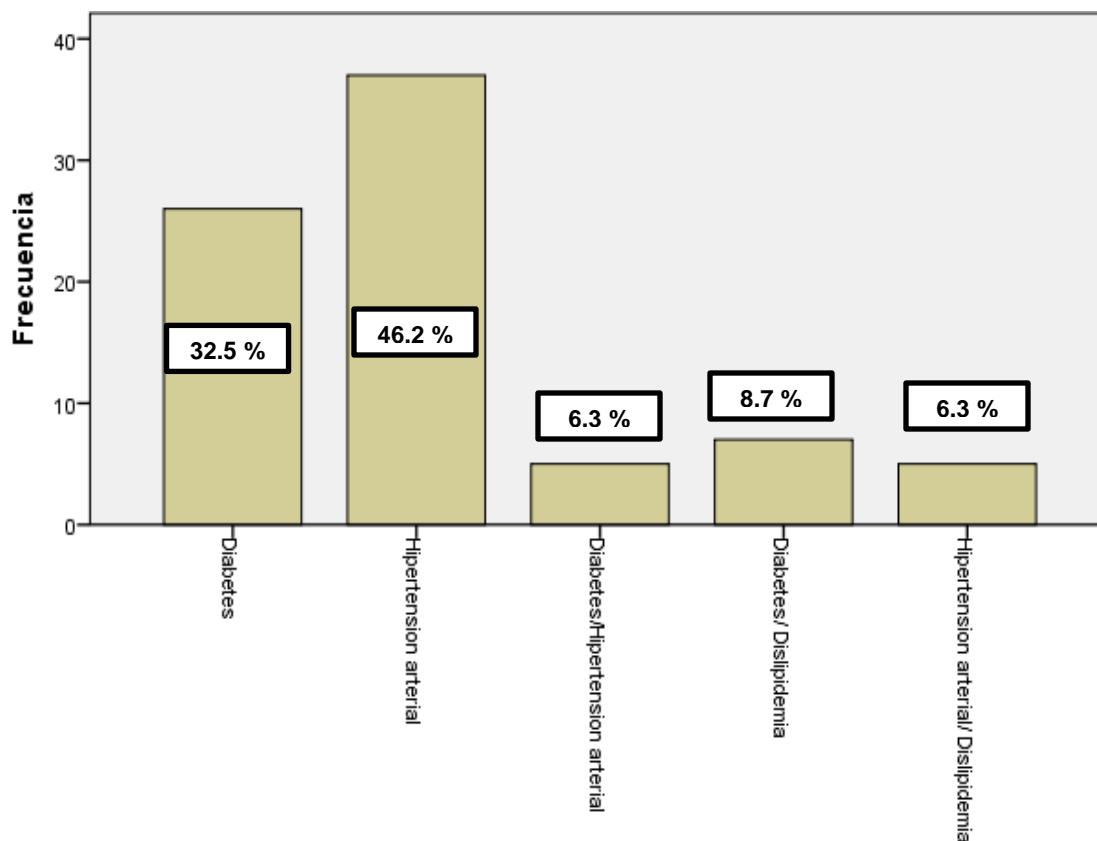


Figura 10. Representación gráfica de que enfermedad padece el adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016.

Al identificar de qué enfermedades padece el adulto mayor en estudio, se apreció que más de la mitad padecen de hipertensión arterial 46.2% (37); siguiendo la enfermedad la diabetes 32.5% (26); teniendo a un porcentaje de 8.7 % (7) padece de diabetes / dislipidemia y por último teniendo el mismo porcentaje de 6.3% (5) padecen de diabetes/hipertensión arterial e hipertensión arterial/ dislipidemia.

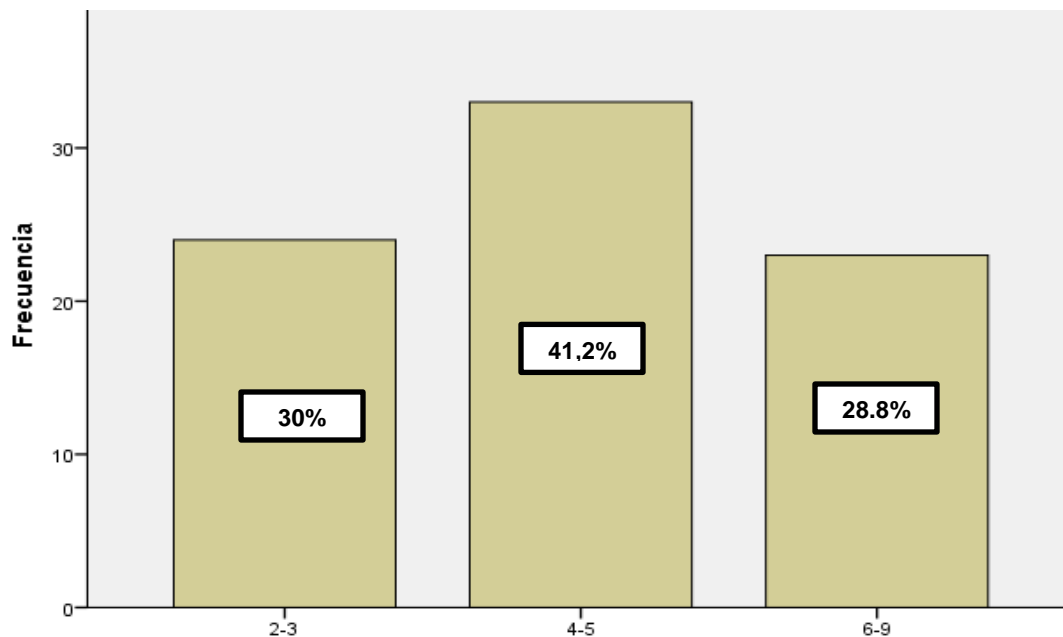


Figura 11. Representación gráfica del tiempo que padece la enfermedad el adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

Al identificar cuanto tiempo padece de la enfermedad el adulto mayor en estudio, se apreció que menos de la mitad el tiempo que padece de la enfermedad es de 4 a 5 años 41.2% (33), siguiendo el 30% (24) el tiempo que padece de la enfermedad es de 2 a 3 años y de 6 a 9 años el tiempo que padece la enfermedad 28.8% (23).

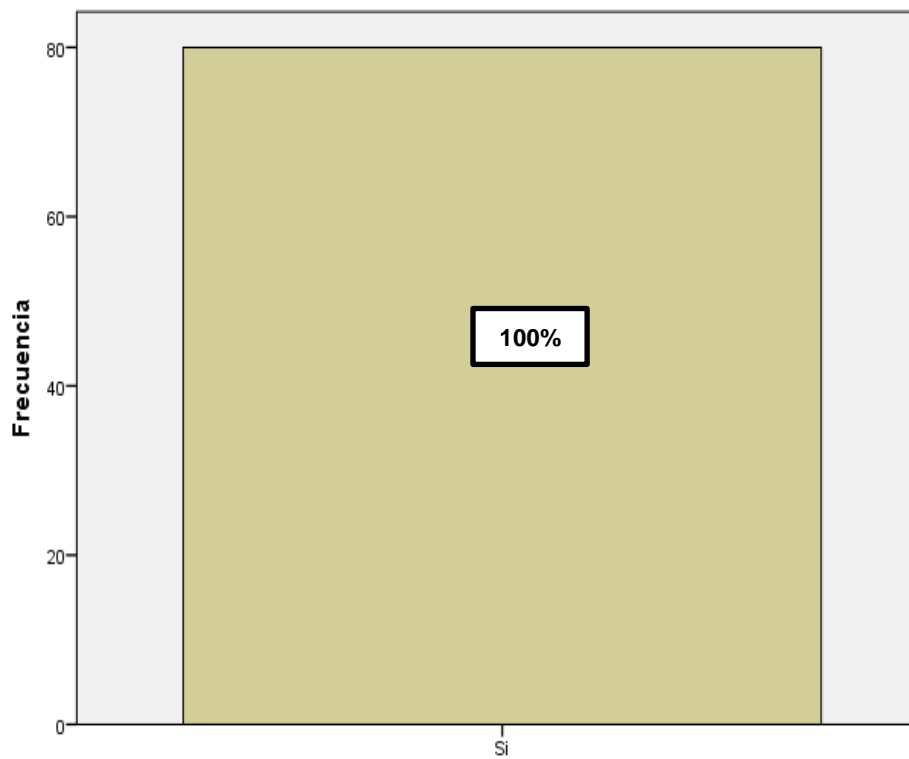


Figura 12. Representación gráfica sobre el seguro de salud del adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

Al identificar si el adulto mayor tiene seguro de salud, se apareció que el 100% (80) tienen seguro integral de salud inscrito en el centro de salud en estudio.

Tabla 5. Característica socioeconómica de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS	N	%
¿Cuenta con algún ingreso económico?		
Si	80	100.0
¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender sus necesidades?		
No	38	47.5
Si	42	52.5
¿Puede costearse los medicamentos?		
No	22	27.5
Si	58	72.5
¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al centro de salud?		
No	17	21.2
Si	63	78.8
TOTAL	80	100.0

FUENTE: Guía de encuesta sobre las características generales y familiares de los adultos mayores (anexo 01).

Respecto a las características socioeconómicas de los adultos mayores en estudio, se apreció respecto al ingreso económico se predomina el 100% (100) ya que los adultos mayores que están en estudio cuentan con la pensión 65. Respecto a la disponibilidad económica familiar presenta más de la mitad 52.5% (42) si tiene disponibilidad económica. Respecto a costearse los medicamentos se presenta 72.5% (58) que si pueden costearse los medicamentos y por último si cuenta con los recursos económicos para trasladarse 78.8 % (63) si cuentan con los recursos para trasladarse.

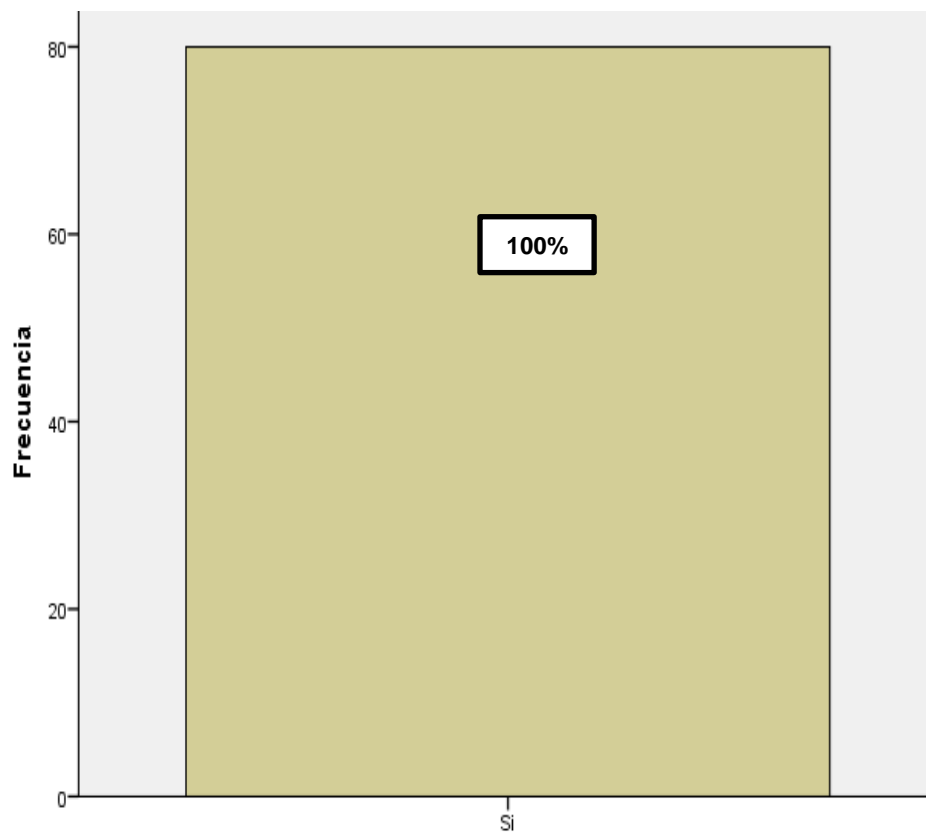


Figura 13. Representación gráfica si cuenta con algún ingreso económico del adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

Al identificar si cuenta con algún ingreso económico el adulto mayor en estudio, se apreció que el 100% (80) si cuenta con un ingreso económico ya que todos los adultos están inscritos en el programa de pensión 65.

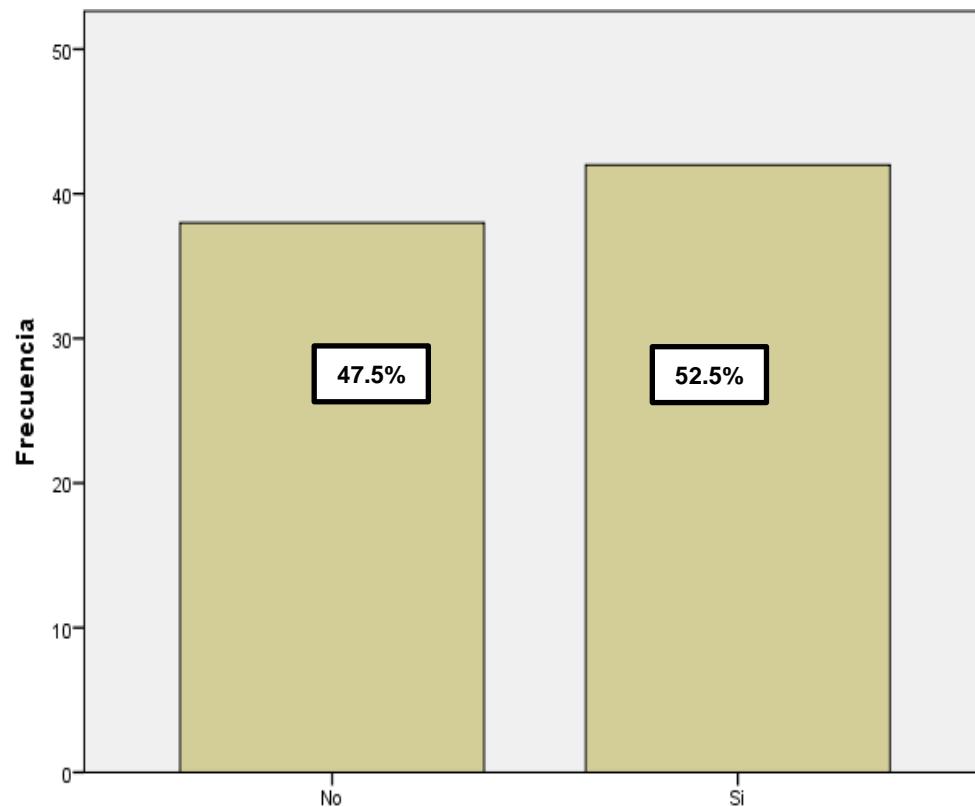


Figura 14. Representación gráfica si tiene disponibilidad económica su familia para atender su necesidad del adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

Al identificar si tiene disponibilidad económica su familia para atender sus necesidades del adulto mayor en estudio, se apreció que el 52.5% (42) si tiene la disponibilidad económica su familia por lo contrario el 47.5 (38) no cuentan con disponibilidad económica para atender sus necesidades.

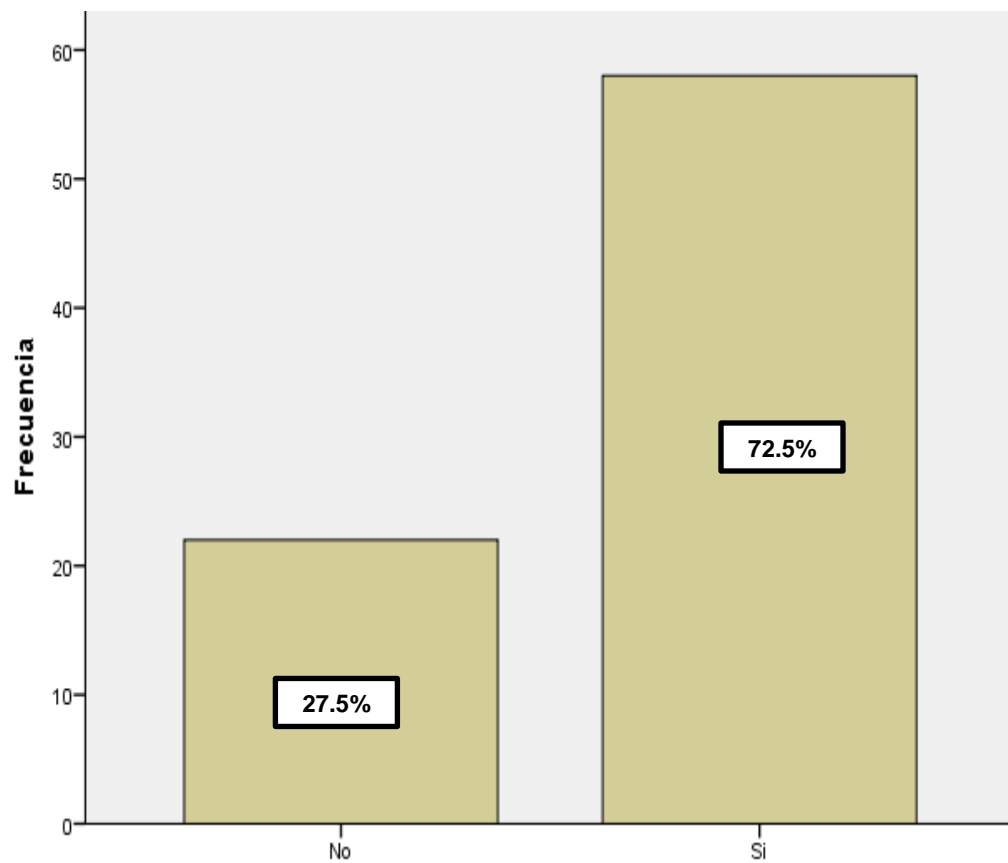


Figura 15. Representación gráfica si puede costearse los medicamentos el adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

Al identificar si se puede costear los medicamentos los adultos mayores en estudio, se apreció que el 72.5% (58) si se puede costear los medicamentos por lo contrario 27.5% (22) no se puede costear los medicamentos.

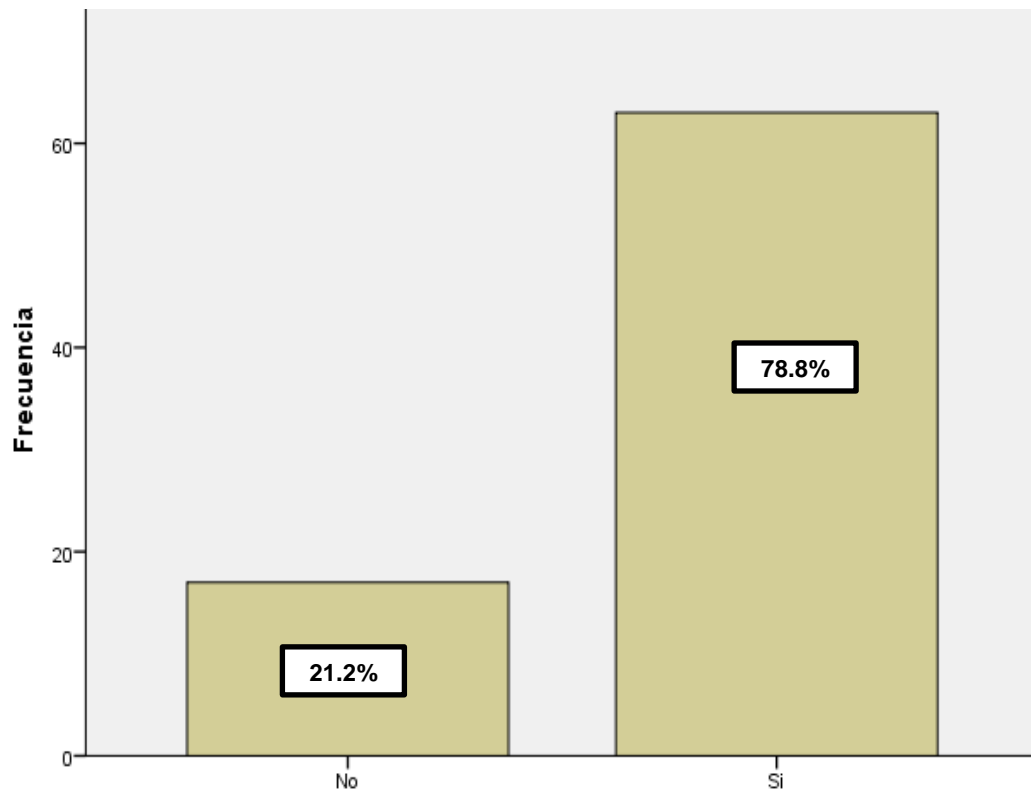


Figura 16. Representación gráfica recursos económicos para trasladarse el adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

Al identificar si tienen recursos económicos para trasladarse al centro de salud los adultos mayores, se apreció que el 78.8% (63) si cuentan con recursos económicos para trasladarse al centro de salud, por lo contrario, el 21.2% (17) no cuentan con recursos económicos para trasladarse al centro de salud.

Tabla 6. Régimen de adherencia relacionado con el paciente adulto mayor que acude al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

TOTAL DEL RÉGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO CON EL PACIENTE	N	%
No adherencia (11-16)	53	66.2
Si adherencia (17- 22)	27	33.8
TOTAL	80	100.0

FUENTE: Guía de encuesta para medir la adherencia en los adultos mayores (anexo 02).

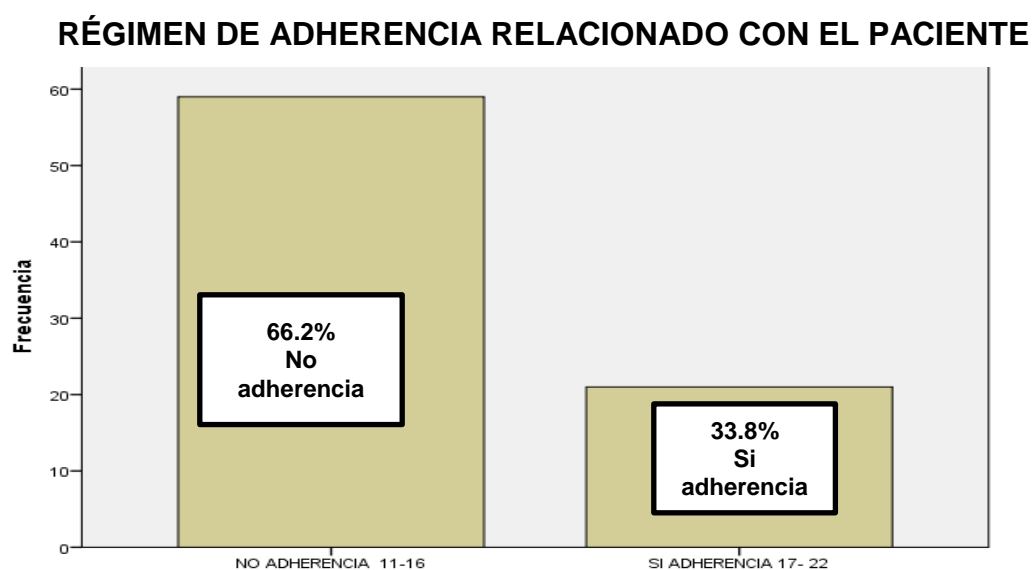


Figura 17. Representación gráfica del régimen de adherencia relacionado con el paciente del adulto mayor que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016

De modo global y de manera descriptiva en la tabla 6 y figura 17, se aprecia más de la mitad de los adultos mayores en estudio [66.2% (53)] evidencio no tener adherencia al tratamiento, frente a una proporción de [33.8% (27)] que demostró si tener adherencia al tratamiento.

Tabla 7. Régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente del adulto mayor que acude al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

TOTAL DEL REGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO CON EL MEDIO AMBIENTE	N	%
No adherencia (5-7)	48	60.0
Si adherencia(8 -10)	32	40.0
TOTAL	80	100.0

FUENTE: Guía de encuesta para medir la adherencia en los adultos mayores (anexo 02).

RÉGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO CON EL MEDIO AMBIENTE

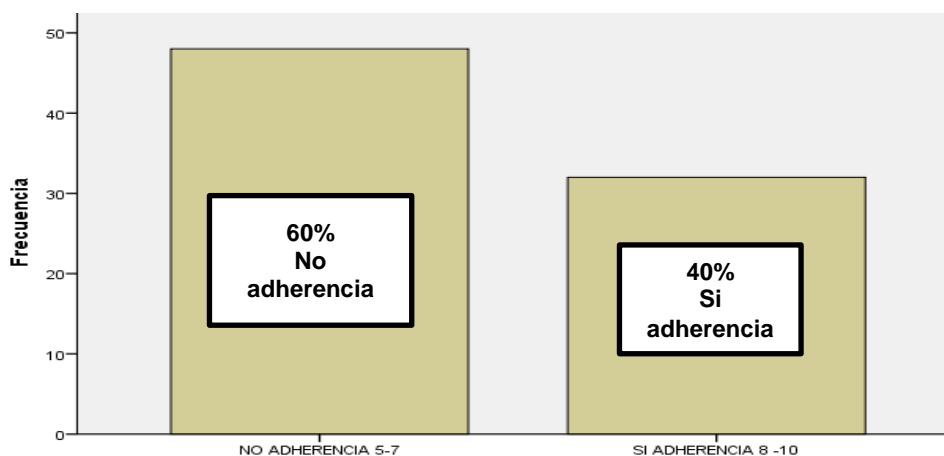


Figura 18. Representación gráfica del régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente del adulto mayor que acude al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016.

De modo global y de manera descriptiva en la tabla 7 y figura 18, se aprecia que más de la mitad de los adultos mayores en estudio [60% (48)] evidencio no tener adherencia al tratamiento, frente a una proporción de [40% (32)] que demostró si tener adherencia al tratamiento.

Tabla 8. Régimen de adherencia relacionado con los medicamentos del adulto mayor que acude al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

TOTAL DEL RÉGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO CON LOS MEDICAMENTOS	n	%
No adherencia (6- 8)	44	55.0
Si adherencia (9 - 12)	36	45.0
TOTAL	80	100.0

FUENTE: Guía de encuesta para medir la adherencia en los adultos mayores (anexo 02).

RÉGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO CON LOS MEDICAMENTOS

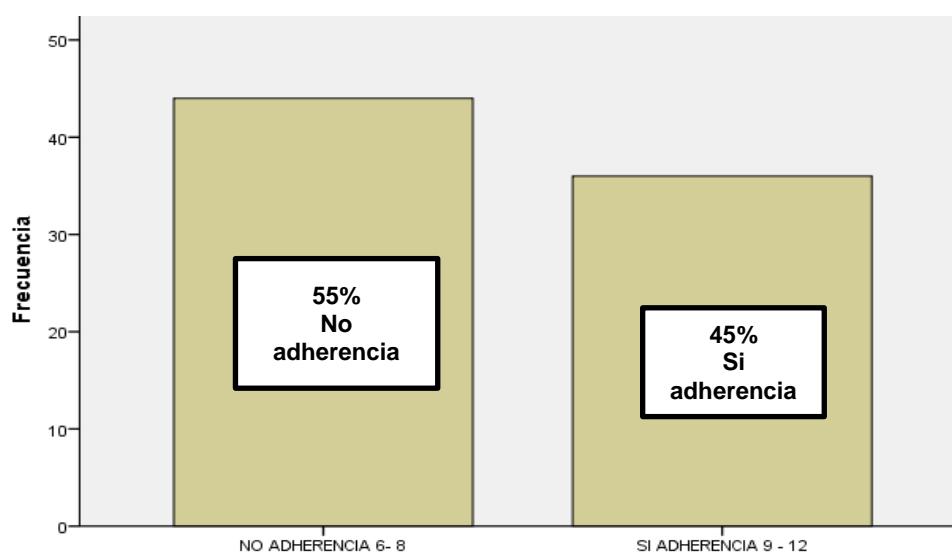


Figura 19. Representación gráfica del régimen de adherencia relacionado con los medicamentos del adulto mayor que acude al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016.

De modo global y de manera descriptiva en la tabla 8 y figura 19, se aprecia que más de la mitad de los adultos mayores en estudio [55% (44)] evidencio no tener adherencia al tratamiento, frente a una proporción de [45% (36)] que demostró si tener adherencia al tratamiento.

Tabla 9. Régimen de adherencia relacionado médico- profesional de enfermería – paciente del adulto mayor que acude al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

TOTAL DEL REGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO MEDICO- PROF. ENFERMERA-PACIENTE	N	%
No adherencia (7- 10)	42	52.5
Si adherencia (11 – 14)	38	47.5
TOTAL	80	100.0

FUENTE: Guía de encuesta para medir la adherencia en los adultos mayores (anexo 02).

RÉGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO MÉDICO- PROFESIONAL DE ENFERMERÍA – PACIENTE

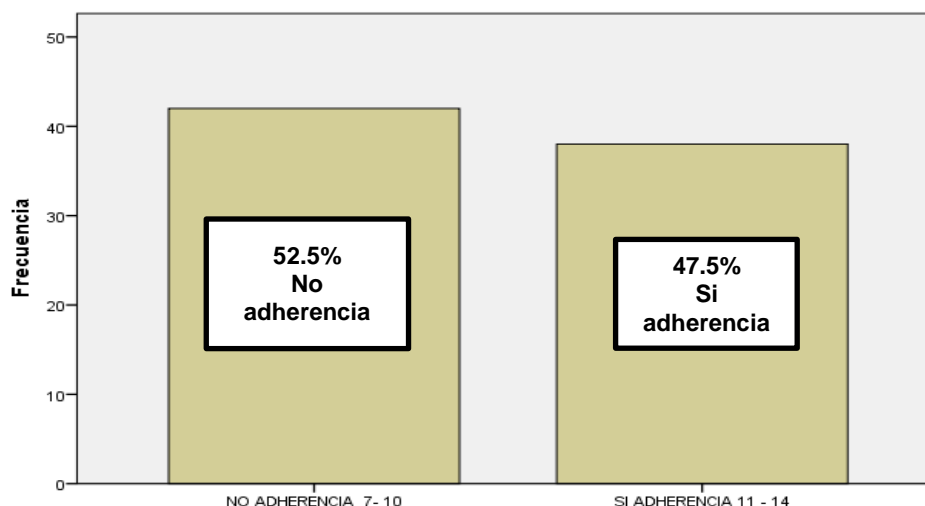


Figura 20. Representación gráfica del régimen de adherencia relacionado médico- profesional de enfermería – paciente del adulto mayor que acude al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016.

De modo global y de manera descriptiva en la tabla 9 y figura 20, se aprecia que más de la mitad de los adultos mayores en estudio [52.5% (42)] evidencio no tener adherencia al tratamiento, frente a una proporción de [47.5% (38)] que demostró si tener adherencia al tratamiento.

Tabla 10. Total de adherencia de las 4 dimensiones del adulto mayor que acude al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

TOTAL DEL REGIMEN DE LAS 4 DIMENSIONES EN GENERAL	N	%
No adherencia	45	56.3
Si adherencia	35	43.7
TOTAL	80	100.0

FUENTE: Guía de encuesta para medir la adherencia en los adultos mayores (anexo 02).

TOTAL DE ADHERENCIA DE LAS 4 DIMENSIONES O RÉGIMEN DE ADHERENCIA

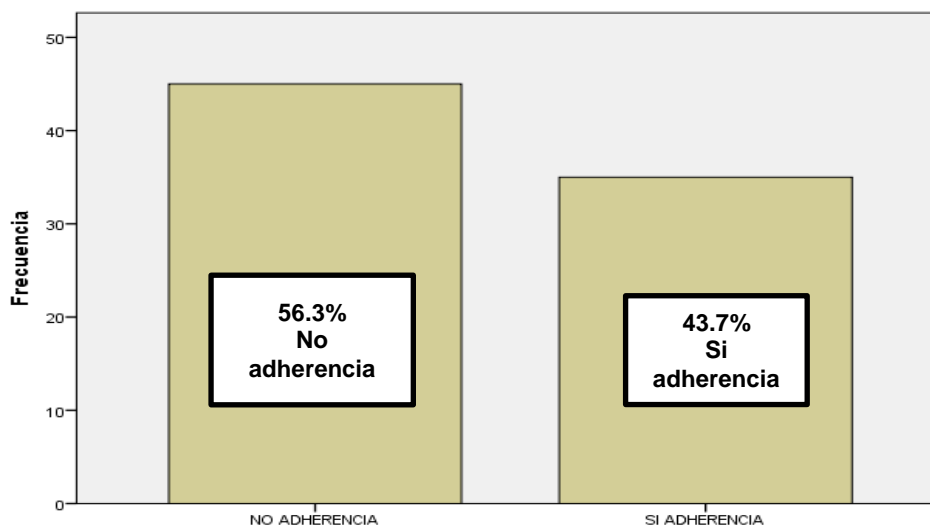


Figura 21. Representación gráfica el total de régimen de las 4 dimensiones de la adherencia al tratamiento del adulto mayor que acude al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco, 2016.

En cuanto al total de la adherencia al tratamiento en las dimensiones o régimen que manifestaron los adultos mayores en estudio, se observó que la mayoría [56.3% (45)] de ellos mostraron no tener adherencia, seguido de una minoría de adultos [43.7% (35)], que evidencian si tener adherencia al tratamiento en el total de las 4 dimensiones o regímenes.

4.21. Resultados inferenciales

Tabla 11. Relación del régimen de adherencia relacionado con el paciente con el tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

REGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO CON EL PACIENTE	Frecuencia (n=80)	%	Prueba Chi- cuadrado	Significancia
No adherencia	53	66.2	18.050	0.000
Si adherencia	27	33.8		
TOTAL	80	100.0		

En la tabla 11, al comprobar estadísticamente se encontró en el régimen de adherencia relacionado con el paciente adulto mayor en estudio, habiéndose comprobado con la prueba de Chi Cuadrado con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2 = 18.050$ y $p = 0.000$, siendo altamente significativo, observando que predominan la no adherencia en el régimen de adherencia relacionado con el paciente.

- **ACEPTANDO: H_{a1} :** El régimen de adherencia relacionado con el paciente si interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

Tabla 12. Relación del régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente con el tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

REGIMEN ADHERENCIA RELACIONADO CON EL MEDIO AMBIENTE	DE	Frecuencia (n=80)	%	Prueba Chi- cuadrado	Significancia
No adherencia		48	60.0	20.000	0.000
Si adherencia		32	40.0		
TOTAL		80	100.0		

En la tabla 12, al comprobar estadísticamente se encontró en el régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente en los adultos mayores en estudio, habiéndose comprobado con la prueba de Chi Cuadrado con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2 = 20.000$ y $p = 0.000$, siendo altamente significativo, observando que predominan la no adherencia en el régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente

- **ACEPTANDO: H_{a2} :** El régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente si interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

Tabla 13. Relación del régimen de adherencia relacionado con los medicamentos al tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

REGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO CON LOS MEDICAMENTOS	Frecuencia (n=80)	%	Prueba Chi- cuadrado	Significancia
No adherencia	44	55.0	12.800	0.000
Si adherencia	36	45.0		
TOTAL	80	100.0		

En la tabla 13, al comprobar estadísticamente se encontró en el régimen de adherencia relacionado con los medicamentos en los adultos mayores en estudio, habiéndose comprobado con la prueba de Chi Cuadrado con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2 = 12.800$ y $p = 0.000$, siendo altamente significativo, observando que predominan la no adherencia en el régimen de adherencia relacionado con los medicamentos.

- **ACEPTANO: H_{a3} :** El régimen de adherencia relacionado con los medicamentos si interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

Tabla 14. Relación del régimen de adherencia relacionado con el médico- el profesional de enfermería y paciente al tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

REGIMEN DE ADHERECIA RELACIONADO MEDICO- ENFERMERA-PACIENTE	Frecuencia (n=80)	%	Prueba Chi- cuadrado	Significancia
No adherencia	42	52.5	11.250	0.000
Si adherencia	38	47.5		
TOTAL	80	100.0		

En la tabla 14, al comprobar estadísticamente se encontró en el régimen de adherencia relacionado con el médico- profesional de enfermería y paciente los adultos mayores en estudio, habiéndose comprobado con la prueba de Chi Cuadrado con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2 = 11.250$ y $p= 0.000$, siendo altamente significativo, observando que predominan la no adherencia en el régimen de adherencia relacionado con el médico – profesional de enfermería y paciente.

- **ACEPTANDO: Ha₄:** El régimen de adherencia relación con el médico - enfermero – paciente si interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

Tabla 15. Relación del total de adherencia de las 4 dimensiones o regímenes en general al tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

TOTAL DE ADHERENCIA DE LAS 4 DIMENSIONES O REGÍMENES	Frecuencia (n=80)	%	Prueba Chi-cuadrado	Significancia
No adherencia	45	56.3	14.450	0.000
Si adherencia	35	43.7		
TOTAL	80	100.0		

En la tabla 15, al comprobar estadísticamente se encontró en el total de adherencia de las 4 dimensiones o régimen en los adultos mayores en estudio, habiéndose comprobado con la prueba de Chi Cuadrado con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2 = 11.250$ y $p = 0.000$, siendo altamente significativo, observando que predominan la no adherencia en el total de adherencia de las 4 dimensiones o régimen.

- **ACEPTANDO: H_a :** Es determinante la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados

El concepto de adherencia, es entendido como la acción que involucra activa y voluntariamente en el manejo de la enfermedad, mediante el desarrollo de un proceso de responsabilidad compartida entre el paciente, familia y los profesionales de la salud¹⁴⁰, en este sentido los resultados de este estudio muestran el comportamiento de las variables asociadas a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en población adulta mayor del distrito de Chinchao Acomayo.

El test de Morisky Green, al igual que otros test indirectos como el de Batalla o las preguntas de Haynes- sackett, ha sido criticado por su escasa fiabilidad, si la persona manifiesta que no sigue una determinada pauta, es latamente probable que sea cierto¹⁴¹.

Las revisiones bibliográficas realizadas, muestra un mayor número de publicaciones relacionadas con el tratamiento y adherencia de pacientes con hipertensión y dislipemia, que en pacientes diabéticos¹⁴².

En la presente investigación se encontró que el nivel de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores que acuden al centro de salud Acomayo – Chinchao, Huánuco.

En cuanto a la edad se consideró de 60 años a más, siendo la edad, siendo así el mayor porcentaje de población entre las edades de 69 a 74 años.

En cuanto al grado de instrucción el 62.5% de los adultos no tiene estudios, 37.5 % tiene estudios primarios, en cuanto al bajo nivel educativo puede dificultar el acceso de los pacientes a herramientas que contribuyan a mejorar la adherencia terapéutica y evitar complicaciones. En caso al género el 51.2% son masculino y el 48.8% mujeres.

Respecto al régimen de la no adherencia relacionado con el paciente, se encontró que el 66.2% no presenta adherencia y el 33.8% si presenta adherencia al tratamiento relacionado con el paciente, la baja adherencia terapéutica observada por la complejidad del régimen relacionado a paciente, por las creencias erróneas sobre la salud y la enfermedad que los pacientes y el desconocimiento por parte del paciente sobre las causas que origina y factores que afecta la adherencia.

Respeto al régimen de la no adherencia relacionado con el medio ambiente, se mostró que el 60 % no presenta adherencia y el 40% si presenta adherencia al tratamiento relacionado al medio ambiente, en este régimen se destaca el apoyo familiar, a través de afecto, reforzando s autoestima y apoyo instrumental, siendo así que el adulto mayor se sienta amado, respetado y valorado, contribuyendo a incrementar la ejecución de las prescripciones médicas.

Respecto al régimen de la no adherencia relacionado con los medicamentos, se apreció que el 55% no presenta adherencia y el 45% si presenta adherencia al tratamiento relacionada con los medicamentos, la baja adherencia es por las creencias de los pacientes sobre la acción de los medicamentos y los efectos colaterales de los medicamentos podrían ser motivo del problema para la falta de adherencia.

Respeto al régimen de la no adherencia relacionado con el médico-profesional de enfermería y paciente se apreció que el 52.5% no presenta adherencia y el 47.5% si presenta adherencia al tratamiento con el médico, profesional de enfermería y paciente, se reportan datos diferentes en que las personas expreso que personal de salud raras veces atienden y responden a sus inquietudes y dificultades respecto a su tratamiento y a veces en las situaciones, expreso una comunicación medianamente asertiva lo que releja la necesidad de trabajar con los profesionales de la salud este aspecto para mejorar los canales de comunicación saludable.

La investigación para el enfoque de enfermería enfrenta a un gran desafío sanitario, las repercusiones que se propagan con la adherencia al tratamiento son muy numerosas y hay que afrontarlas efectivamente.

Una adecuada comprensión de la dinámica de adherencia al tratamiento, nos constituye como una fuerza formidable para abatir a esta problemática y producir así adelantos necesarios para la salud de los adultos mayores.

En esta investigación se constituye que nuestras intervenciones deben ser innovadoras, participativas y críticas para esta problemática, ya que las razones de no adherencia al tratamiento nacen principalmente de características intrínsecas de las personas, como lo son su cultura, su apoyo familiar, personalidad, entre otras, esto además de hacernos ver cuáles son las barreras que debemos afrontar como profesionales, nos permite distinguir la complejidad de la tarea, ya que la principal meta de adherencia al tratamiento debe ser el enseñar al adulto mayor con enfermedades crónicas a vivir con su enfermedad.

Por otra parte, a razón de esta investigación nace una inquietud interna, la cual es que debemos evaluar constantemente nuestro actuar profesional, determinando tres pilares fundamentales de cualquier acción en salud: efectividad, eficacia y eficiencia de todas las actividades que realizamos

La educación e individualización adherencia al tratamiento deben ser el fundamento de nuestro continuo accionar y de una propicia actitud como profesionales de la salud, lo cual aportará a la salud, no sólo la toma de hipoglucemiantes, sino la continua retroalimentación y relación entre el profesional de salud y el paciente, favoreciendo a la confianza, la participación activa y el mutuo entendimiento entre ambas partes.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se formularon luego del estudio fueron:

- Existe la no adherencia relacionado con el paciente que condicione al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016, siendo significativo estadísticamente ($P \leq 0.000$).
- Existe la no adherencia relación con el medio ambiente que condicione al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016, siendo significativo estadísticamente ($P \leq 0.000$).
- Existe la no adherencia relacionado con los medicamentos que condicione al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016, siendo significativo estadísticamente ($P \leq 0.000$).
- Existe la no adherencia relacionado con el médico- enfermero - paciente que condicione al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016, siendo significativo estadísticamente ($P \leq 0.000$).
- Existe la no adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.

RECOMENDACIONES

Se sugiere lo siguiente:

- Desarrollar estudios con metodologías cualitativas que expliquen la relación entre las variables, dimensión y regímenes que existen en el grado o nivel de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores.
- Seguir desarrollando los programas para los adultos mayores con enfermedades crónicas como el programa de daños no transmisibles donde la atención del paciente debe ser integral, individualizada; por ello se propone se efectúe una intervención educativa de alta calidad, basada en las necesidades sentidas de la población; desarrollada por un equipo multidisciplinario organizado, que fomente estilo de vida saludable, con la participación activa del paciente y su familia.
- Potenciar los regímenes que facilitan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnósticos de enfermedades crónicas, mediante grupos de apoyo, evaluaciones, seguimientos, terapéuticos y conferencias educativas a cerca de su enfermedad, tratamiento y consecuencias de no adherencia, las cuales podrían intervenir negativamente en el proceso de su tratamiento
- Involucrar de manera activa a los familiares y/o persona as cercana al paciente para que sus colaboraciones contribuirán al mejoramiento continuo del estado de salud y adherencia al tratamiento puesto que ellos ocupan un lugar muy importante de manera directa y positiva del paciente.

- Planificar e implementar programas dirigidos a fortalecer el vínculo familiar de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Daños no Transmisibles del Centro de Salud Acomayo para de esta maneja mejorar el nivel de adherencia al tratamiento.
- Diseñar e implementar programas de educación y permanente a los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Daños no Transmisibles del Centro de Salud Acomayo sobre su enfermedad, tratamiento y cuidados a seguir para contribuir así a la reducción de la No Adherencia al tratamiento.
- Según los resultados obtenidos es importante señalar que se debe realizar un seguimiento al grupo de pacientes para que el nivel de adherencia se mantenga, en aspectos como: relación de los pacientes con sus familiares y a su vez con el profesional de salud.
- Se recomienda que este tipo de investigación relacionado con la adherencia y no adherencia, se amplíen a otros grupos y se sistematicen de manera que se puedan genera políticas en el manejo de una patología que tiene las características de un problema de salud pública.

REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

1. Sabate E, editor. Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action [monografía en internet]. Switzerland: World Health Organization; 2003 (citado 15-12-2014). Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.
2. Meichenbaum, D. & Turk, D. Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Madrid: Desclee de Brouwer. 1991.
3. Martin L, Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicología y salud. 2004; 14(1): 89-99.
4. Organización Mundial de Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Ginebra: OMS; 2004
5. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud - enfermedades crónicas. [internet]. [citado 13 Mar 2013]. Ginebra: WHO; 2013 Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/index1.htm
6. Buendía J. Familia y psicología de la salud. Madrid: Pirámide; 2009
7. Granados EE, Escalante E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Lima (Perú). 2010; 16(2):203-16.
8. Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades crónicas: la principal causa de mortalidad. [internet]. Ginebra: WHO; 2007 Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.htm
9. Organización Mundial de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas. Una inversión vital. Recuperado el 7 de octubre de 2005 de la Word Wilde web: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf
10. Organización Mundial de la Salud. Op.Cit.
11. Durán A., Valderrama L., Uribe A. F. González A., Molina J. M., Enfermedad crónica en adultos mayores. Univ. Méd. Bogotá -Colombia, 51 (1): 16-28, enero-marzo, 2010. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%E1g.%2016-28.pdf>

12. Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf.Ter.Sist.Nac. Salud. 2004; 28:113-120.
13. Marcía D, Méndez FX. Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. En: Simón MA, editor. Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. p. 217-58.
14. Martín L, Grau J. Op. Cit.
15. Granados EE, Escalante E. Op.Cit.p.216.
16. Menéndez J, Guevara A, Arcial N, León EM, Marín C, Alfonso JC. Op.Cit.p.348.
17. Cruz AJ. Asistencia médica al paciente geriátrico. Medicine 2003; 8:57772.52777
18. Organización Mundial de la Salud. Op.Cit.
19. Menéndez J, Guevara A, Arcial N, León EM, Marín C, Alfonso JC. Op.Cit.p.352.
20. Walter G. Autonomía en la vejez y derechos humanos. [internet]. [consultado: 2008 febr. 28]. Disponible en: <http://www.psiconet.com/tiempo/monografia/autonimia.htm>
21. Kripalani S, Yao X, Haynes B. Las intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación en condiciones médicas crónicas. Arch. Intern. Med. 2007; p. 540-550
22. Billups S, Malone D, Carter B. Relación entre el apego al tratamiento de lucro y Características de los pacientes, Salud- Calidad de Vida Relacionada, y los costos de atención de salud. Farmacoterapia 2000; 20 (8): p 941-949
23. Palop L, Martínez M. Peculiaridades del manejo terapéutico en el anciano. X Congrés Societat Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Valencia 1988. Libro de Ponencia 1988:7-13
24. Gil G, Merino S, Palop L. El cumplimiento factor clave en el control de las enfermedades. Madrid: Internacional Marketing & Communications SA. 2003; 17-24.

25. Vik A, Maxwell CJ, Hogan DB. Las mediciones, se correlaciona, y los resultados de salud de adherencia a la medicación entre personas mayores. *Ann Pharmacother* 2004;38:303-312
26. Libertad de los A. Martín A. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario 2003-2007. [Tesis por optar por el grado científico de Doctora en Ciencias de la Salud]. La Habana. Ministerio de Salud Pública Escuela Nacional de Salud Pública. 2009.
27. Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J. M., Valderrama, M. J. & Arregi, B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22, 443-450, 2008.
28. Sabate E. Adherente Reunión Reporte. Genove. Organización Mundial de la Salud. 2.001.
29. Aburto C. y Gramundi G. La cooperación de los pacientes con el tratamiento médico. *Psicología y Salud*. 1997. 10, 38-45.
30. Gordillo M. y de la Cruz troca J. Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH +: algunas hipótesis desde la Psicología. *Psicothema*, 2003. 15, 227- 233.
31. Hotz S, Kaptein A, Pruitt S, Sánchez Sosa y Willey C. Adherente a largo-plazo terapias. Evidencia para la acción. Suiza: Word Salud Organización. 2003.
32. Martín A, Grau A, Espinosa B. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev. Cubana de Salud Pública*. 2014; 40 (2): 225- 238.
33. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev. Cubana de Farmacia* 2013; 47 (4): 468-474.
34. Lumillo G, Urpí F. Intervención dirigidas por enfermas para mejorar la adherencia a la medicación crónica. *Enferm Clin*. 2013; 23 (3):133—134.
35. Soria T, Ávila L, Vega V, Nava Q. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Altern. psicol.* vol.16 N°.26 México feb. 2012.

36. Soria T, Vega L, Nava Q. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern. psicol.* V.14 N.20 México mar. 2009
37. Durán A, Valderrama L, Uribe A, González, Molina Y. Enfermedad crónica en adultos mayores. Artículo Original 2009. Disponible: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/pdf-Medica%2051-1/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%E1g.%2016-28.pdf>
38. Enrique S, Galeno E, Orlando C. Adherencia al tratamiento. *Acta Med. Colomb.* 2005; 30: 268-273).
39. Carhuallanqui R, Diestra G, Tang J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev. Med. Hered.* 2010; 21:197-201.
40. Padilla M. Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Márins: enero-junio 2007. [Para optar el grado de magíster en Salud Pública]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, facultad de medicina humana, 2008
41. Pérez V. Factores determinantes en la adherencia terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. [para optar el bachiller en medicina]. Trujillo: Universidad de Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina; 2013.
42. Molina Y. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo" : enero-febrero 2008. [Para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, E. A. P. de Enfermería; 2008.
43. Hochbaum GM. Participación pública en programas de investigación médica: un estudio de socio psicología. Washington, DC: US Impresión del gobierno. Oficina; 1958. PHS publicación nº 572.
44. Rosenstock IM. Qué investigación en motivación sugiere para la salud pública. *Salud Pública* 1960; 50:295-301.
45. Kirscht JP. El comportamiento de enfermedad y modelo de creencia de salud. Monografía de Educación de salud 1974; 2:387-408.
46. Becker MH. El modelo de creencias de salud y comportamiento del personal de salud. Monografía de Educación de salud 1974; 2.

47. Taylor S. Dorothea E. Orem: La Teoría Enfermera del déficit de Autocuidado. En: MARRINER A. Modelos y Teorías de Enfermería. 5ª ed. Madrid España: Elsevier España, S.A; 2003. p.191-196.
48. OREM, Dorothea E. Normas Prácticas en Enfermería. Madrid, España: ediciones Pirámide, S.A. 1983. p. 275.
49. Ibíd., p. 55
50. Sabate E. Op.Cit.
51. Haynes B, Taylor W, Sackett D. Cumplimiento en el cuidado de la salud. Editores. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979.
52. Bonada C, Guarner M, Antó J, Mata J, Monrabá M, Traveria M. Cumplimiento del tratamiento en la hipertensión arterial. Aten. Primaria 1985; 2: 167- 171.
53. Griffith SA. Una revisión de los factores asociados con el cumplimiento del paciente una la toma de los medicamentos prescritos. BJ Gen Pract. 1990; 40: 114- 116
54. Kaplan RM, Simón HJ. El cumplimiento en la atención médica de las predicciones independientes. Ann Behav Med 1990; 12: 66- 7.
55. Meichenbaum D, Turk D. Op.Cit.
56. Bimbela J. L. El Counseling en atención primaria. Jano, 2002; 54- 60
57. Amigo I., Fernández C., Pérez M. Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide. 1998.
58. Organización Mundial de la Salud. Op.Cit.2003.
59. Ibid.2003.
60. Martin L, Sairo M. Bayarre H. Op.Cit.
61. Hotz S, Kaptein A, Pruitt S, Sánchez Sosa y Willey C. Op.Cit.
62. Taylor S. Dorothea E. Orem: La Teoría Enfermera del déficit de Autocuidado. En: MARRINER A. Modelos y Teorías de Enfermería. 5ª ed. Madrid España: Elsevier España, S.A; 2003. p.192-193.

63. Bastidas C. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Tesis de Maestría en Enfermería con énfasis en la salud cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.p.78-81
64. North American Nursing DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. [en línea]. España: Elsevier.2008. p. 116-117. ISBN 8480863021, 9788480863025 [citado 02-05-2009]. Disponible en: books.google.com.co/books
65. Ibíd., p.114.
66. Orozco L, Hernández R, De Usta C, Cerra M, Camargo D. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso. *Medicas UIS* 1998; 12: p.169-72
67. Ostreberg L, Blaschke T. adherencia a la medicación. *N Engl J Med* 2005; 353 (5): 487-497
68. Galván F, Santiuste C. Factores relacionados con el cumplimiento de la quimioprofilaxis contra la tuberculosis. *Medicina Clínica*. Barcelona. 1998; 111: 655-7.
69. Van de Werf T, Dade G, Van der Mark T. Cumplimiento del paciente con el tratamiento de la tuberculosis en Ghana: factores que influyen en la adherencia a la terapia en un programa de servicio rural. *Tubercle*. 1990; 71: 247-52.
70. WardmanA,KnoxA,MuersM, R.PáginaPerfilesde incumplimiento del a terapiaantituberculosa. *Br. J DisChest*1988; 82: 285-9.
71. LiefogheR,MuyinckA.La dinámica de la adherencia al tratamientode la tuberculosis. *JMedAsoc.Pak*. 2001;51: 3-9.
72. PozsikC.El cumplimiento de la terapiade la tuberculosis. *MedicinaClínicaNorteAmérica*1993; 77:1.289-301.
73. Kusserow R. regímenes de medicación: causas de incumplimiento. Oficina del Inspector General, los Estados Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos de 1990
74. PablosA,CnirschC, RBarr, LernerB, FriedenT.La falta de adherenciaen el tratamiento dela tuberculosis: predictoresy consecuencias enNuevaYork.*AmJMed*.1997; 102: 164-70.

75. Sumartojo E. Cuando falla el tratamiento de la tuberculosis. Una cuenta de la conducta social de la adherencia del paciente. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147:1311-1320.
76. Dobkin J. Usted dice "adherencia", digo "cumplimiento". *Infectar Med* 1998; 15(1): 11,65.
77. Güell A. La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/ SIDA. Un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social. Costa Rica 1999.
78. Larrea P, Martínez M. Adherencia al tratamiento en el Paciente Anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. ISSN 1130-8427, Vol. 28, N° 5. 2004 p. 117.
79. *Ibíd.*; p. 34-65.
80. Meichenbaum D, Turk D. *Op.Cit.*
81. Aburto C. Gamundi G. *Op.Cit.*
82. Ginarte Y. *Op.Cit.*
83. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la Salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev. Med. Chile*. 2007; 135: 647-52.
84. Zaldívar D. Factores psicosociales y adherencia terapéutica. *Salud para la vida*. 2003 [consultado 4 Abril 2003]. Disponible en: <http://www.informaed.sld.cu>
85. Roca M. Apoyo Social: su significación para la Salud Humana. La Habana: Editorial Félix Varela; 2000.
86. Vidal M. Información de Medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento del tratamiento
87. De Olivera H, Moreira D. Abandono de tratamiento tuberculoso: aspectos de episodios previos, Campinas, SP. Brasil 1993-1994. *Rev Salud Pública* 2000. Vol. 34 p. 437-443.
88. Crespo F. La adherencia al tratamiento antirretroviral potente. *Asoc. Enfermeras de Atención del SIDA* 1997 (5). P.43-54.

89. Herrera A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances en enfermería. [en línea]. Vol. XXVI. N° 1 p. 36-42. Enero- junio 2008. [consultado 27 de agosto 2008]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf.
90. Ibíd. p.39.
91. Correa O, Galeno E, Silva E. Adherencia al tratamiento implicaciones de la no adherencia. Acta Médica Colombiana 2005; 30: 268-273.
92. Cáceres M. Factores de riesgo para abandono del tratamiento antituberculoso. [en línea]. [consultado 13 de agosto 2008]. Medicina UNAB 2004; 7: p.172-180. Disponible en: http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/page/revistamedunab/numerosanteriores/revista21/rt_c2.pdf
93. PozsikC.Op.Cit.
94. PablosA,CnirschC, RBarr, LernerB, FriedenT.Op.Cit.
95. Basterra M. Op.Cit.
96. Herrera A. Op.Cit.p.38.
97. Ibíd. p.41
98. Álvarez G, Dorantes J. Tratamiento acortado estrictamente supervisado para tuberculosis pulmonar. Revista de Salud Pública. México 1998. Vol. 40.p.272-275.
99. Grange J, Store A, Zumila A. Tuberculosis in distintos grupos. Curr Opin Pulm Med 2001. Vol.7. p.160-164.
100. Forciniti S, Rodríguez P, Troyano S. Abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis. Revista Argentina de Tórax 1999; Vol.60. p.58-63.
101. Orozco L, Hernández R, de Usta C, Cerra M, Camargo D. Op.Cit.
102. Herrera A. Op.Cit.p.40
103. Ibid.p.41.

104. Homedes N, Ugalde A. ¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? Bol of Sanit Panam 1994. Vol. 116.p.491-517.
105. Ostreberg L, Blaschke T. Op.Cit.
106. Davidson P. Problemas en el cumplimiento del paciente. Manual de Psicología de la salud clínica 2000. P. 417-434.
107. Correa O, Galeno E, Silva E. Op.Cit.p.269.
108. Basterra M. Op.Cit.
109. Herrera A. Op.Cit.p.42.
110. Basterra M. Op.Cit.
111. Borga A, Ambrosio R, Espagnoli A, Maggiorotti P, Ostino G, Todisco E. cumplimiento de Drogas y de drogas no declarada en los ancianos. J Am Soc. Geriatria. 1999. Vol.37. p.619-624.
112. González J, Orero A, Prieto J. Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento antibiótico. Jano 1997; Vol.53. p.697-706.
113. Lechuga M, Martin M, Riquelme A. Factores psicológicos asociados al reporte cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. Psicología y Salud.2007. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed>.
114. Sacristán J, García F, Martínez M, Palop V, Amado E. cumplimiento terapéutico. Madrid: Fundación Lilly, 2001:39-41.
115. Vik A, Maxwell J, Hogan B. Op.Cit.
116. Gil G, Merino S, Palop L. Op. Cit. P. 15
117. Márquez E, Casado J. El incumplimiento farmacológico en el tratamiento de prevención de las enfermedades cardiovasculares.
118. Merino J, Gil V, Cañizares R. Métodos de medida del cumplimiento aplicado a las enfermedades cardiovasculares. Medicina Clínica2001; 116 (2):38-45.
119. Ginarte Y. Op.Cit.

120. Dorotea E. La teoría enfermera del déficit de autocuidados, modelos conceptuales y grandes teorías. Capítulo 13.p.189-201.
121. Ibid.p.194.
122. Ibid.p.194.
123. De Muynck A, Liefvooghe R, Meulemans H, M Moran, Suetens C. Ensayo aleatorizado del impacto del asesoramiento sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis en Sialkot, Pakistán. Int J Tuberc. pulmón Dis. 1999. Vol.3. p.1073-1080.
124. Gar A, R Haynes, McDonald H. Ayudar a los pacientes siguen el tratamiento prescrito: Aplicaciones clínicas. Jama 2002.p.2880-2883.
125. Organización Mundial de Salud. Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS.1979.
126. Nobel G. Aspectos psicosociales del enfermo crónico. Enfermería psicosocial 1991;(2): 239-241.
127. Serrano I. Cambios sociosanitarios del siglo XXI. La Educación para la Salud en el Siglo XXI. Comunicación y Salud. Madrid: Díaz de Santos; 2002.
128. García F, Sarriá A. Revisión de intervenciones con nuevas tecnologías en el control de las enfermedades crónicas. Madrid: AETS-ISCIII; 2005.
129. Oates K, Tracey D. Manejo de enfermedades crónicas. Junta NSH Highland. 2005; 4: 1-9.
130. Maisterra A, Bochatay L, Brondino A, Flichtentrei D. Diez formas de fracasar en prevención cardiovascular. Rev CONAREC. 2006; 22(87):247-250.
131. Navarro V. ¿Qué queremos decir con los Determinantes Sociales de la Salud? Servicios de Salud J. 2009; 39 (3): 423-441
132. Oates K, Tracey D. Op.Cit.p.7.
133. Valderas J, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Definición Comorbilidad: implicaciones para la comprensión de la Salud y Servicios de Salud. Ann Familia Med. 2009; 7 (4) 357-363.
134. Sabate E. Op.Cit

135. Correa J, Galeno E, Silva G. Op.Cit.p.270.
136. Ibid.p.269
137. Bonilla I. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos en personas que presentan enfermedades crónicas. En avances en enfermería. [consultado 2008]. Disponible en: Http://www.enfermeria.unal.edu.co/revisyas/articulos/xxxv11_4pdf. 2007. p.46-55.
138. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24: 67-74.
139. Val Jiménez A, Amorós G, Martínez P, Ferández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. Aten Primaria 1992; 10: 767-70.
140. Ortega S. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, Montería, 2010.[tesis en internet]. Colombia: Universidad nacional de Colombia. 2010 [citado 11junio 2013]; p.62-67. Disponible en:<http://www.bdigital.unal.edu.co/8599/1/539502.2010.pdf>
141. Morilla C, Morales M, Fernández c, Berrobianco E, Delgado A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. Anales Sis San Navarra. 2011 [citado 6 Feb 2013]; 34(1):51-61. Disponible en:<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/original4.pdf>
142. Gimenes T, Zanetti L, Haas J. Factores relacionados con la adhesión del paciente diabético. Rev Latinoam Enfermagem. 2009 [citado 6 Feb 2013]; 17(1). Available from: <http://www.eerp.usp.br/rlae>

ANEXO

ANEXO 01

Fecha: / /

CÓDIGO:

GUÍA DE ENCUESTA SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES Y FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ACOMAYO- HUÁNUCO.

TÍTULO DEL ESTUDIO: Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

INSTRUCCIÓN: Esta entrevista es anónima y serán confidencialmente sólo para fines de la investigación, dirigido a los adultos mayores, familia o apoderado que acuden al programa adulto mayor del Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco.

Siendo el primer acercamiento de investigación universitaria sobre la salud con el tema adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores con el fin de conocer las características generales y familiares.

Agradecemos sus respuestas con la mayor transparencia y veracidad a las diversas preguntas.

Gracias por su colaboración

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICO:

1. ¿Cuántos años tiene?
.....años
2. ¿Cuál es su género?
 - a) Masculino ()
 - b) Femenino ()
3. ¿Zona donde vive?
 - a) Rural ()
 - b) Urbano ()
4. ¿Cuál es su grado de instrucción?
 - a) Sin estudios ()
 - b) Primaria ()
 - c) Secundaria ()

5. ¿Cuál es su estado civil?
- | | |
|-------------------|----------|
| a) Soltero(a) | () |
| b) Casado(a) | () |
| c) Viudo(a) | () |
| d) Divorciado (a) | () |
| e) Conviviente | () |
6. ¿Cuál es su religión?
- | | |
|----------------------|----------|
| a) Católico | () |
| b) Evangélico | () |
| c) Mormón | () |
| d) Testigo de Jehová | () |

II. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

7. ¿Con quién vive?
- | | |
|------------------|----------|
| a) Solo(a) | () |
| b) Con su pareja | () |
| c) Con sus hijos | () |

8. ¿Cuántos hijos tiene?

.....

9. ¿Cumple con alguna responsabilidad familiar?
- | | |
|-------|----------|
| a) Si | () |
| b) No | () |

III. CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE SALUD

10. ¿De qué enfermedad padece ahora?
- | | |
|--------------------------|----------|
| a) Diabetes | () |
| b) Hipertensión Arterial | () |
| c) Dislipidemia | () |

11. ¿Cuánto tiempo ya tiene esta enfermedad?

.....

12. ¿Tiene seguro de salud? Cual es:

.....

IV. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICOS

13. ¿Cuenta con algún ingreso económico?
- | | |
|-------|----------|
| a) Si | () |
| b) No | () |

14. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender sus necesidades?

- a) Si ()
- b) No ()

15. ¿Puede costearse los medicamentos?

- a) Si ()
- b) No ()

16. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al hospital?

- a) Si ()
- b) No ()

ANEXO 02

Fecha: //

CÓDIGO:

**GUÍA DE ENCUESTA PARA MEDIR LA ADHERENCIA EN LOS ADULTOS
MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ACOMAYO-
HUÁNUCO.**

TÍTULO DEL ESTUDIO: Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

INSTRUCCIÓN: Esta entrevista es anónima y serán confidencialmente solo para fines de la investigación, dirigido a los adultos mayores, familia o apoderado que acuden al programa adulto mayor del Centro de Salud Acomayo – Chinchao, Huánuco.

Siendo el primer acercamiento de investigación universitaria sobre la salud con el tema adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores con el fin de medir la adherencia en los mayores con las dimensiones relacionadas.

Agradecemos sus respuestas con la mayor transparencia y veracidad a las diversas preguntas.

Gracias por su colaboración

I. RÉGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO CON EL PACIENTE

1. ¿Ha considerado que la enfermedad que padece Ud. necesita seguir un tratamiento?
 - a) Si ()
 - b) No ()
2. ¿Se ha sentido motivado/da a cumplir con el tratamiento?
 - a) Si ()
 - b) No ()
3. ¿Usted tenía conocimiento de la causa que le genero la enfermedad que presenta?
 - a) Si ()
 - b) No ()
4. ¿Considera importante hacer ejercicios para su enfermedad?
 - a) Si ()
 - b) No ()

5. ¿Entiende o sabe sobre la dosificación, horario y el medicamento o los medicamentos que debe tomar para el tratamiento de su enfermedad?
a) Si ()
b) No ()
6. ¿Ha realizado cambio en su estilo de vida para cumplir con el tratamiento correcto de su enfermedad?
a) Si ()
b) No ()
7. ¿Se ha sentido deprimido después de haber presentado la enfermedad?
a) Si ()
b) No ()
8. ¿Cree usted que la enfermedad lo ha limitado en sus actividades diarias?
a) Si ()
b) No ()
9. ¿Ha realizado cambios en su estilo de vida para mejorar su estado de salud después de que le diagnosticaron la enfermedad?
a) Si ()
b) No ()
10. ¿Después de padecer la enfermedad se ha sentido ansiosa y/o intranquilo?
a) Si ()
b) No ()
11. ¿Conoce la dieta que debe seguir para su enfermedad?
a) Si ()
b) No ()

II. RÉGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO CON EL MEDIO AMBIENTE

12. ¿Su familia le ha ayudado a seguir con las recomendaciones del médico o enfermera?
a) Si ()
b) No ()
13. ¿Ha participado en grupos o programas de apoyo para su enfermedad?
a) Si ()
b) No ()

14. ¿Se le facilita asistir a las citas médicas?

- a) Si ()
b) No ()

15. ¿Ha considerado que la distancia de su casa al centro de salud es muy lejos?

- a) Si ()
b) No ()

16. ¿Sus familiares la ayudan a cumplir con el tratamiento de su enfermedad?

- a) Si ()
b) No ()

III. RÉGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO CON LOS MEDICAMENTOS

17. ¿Considera que la cantidad de medicamentos que tiene que tomar es mucha?

- a) Si ()
b) No ()

18. ¿Cuándo tiene que tomar los medicamentos se lo toma todos al mismo tiempo?

- a) Si ()
b) No ()

19. ¿Conoce los efectos indeseados de los medicamentos que tomas para su tratamiento?

- a) Si ()
b) No ()

20. ¿Olvida tomar los medicamentos?

- a) Si ()
b) No ()

21. ¿Cuándo se siente bien suspende los medicamentos?

- a) Si ()
b) No ()

22. ¿Tiene dudas de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y a relación de las comidas?

- a) Si ()
b) No ()

IV. **RÉGIMEN DE ADHERENCIA RELACIONADO MÉDICO-ENFERMERA-PACIENTE**

23. ¿Considera que el médico le da las recomendaciones sobre el tratamiento que debe seguir?

- a) Si ()
b) No ()

24. ¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por el médico en cuanto a su tratamiento?

- a) Si ()
b) No ()

25. ¿Ha considerado que el tiempo empleado en la explicación de las recomendaciones fue el suficiente?

- a) Si ()
b) No ()

26. ¿Considera que el médico es receptivos a sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento?

- a) Si ()
b) No ()

27. ¿Considera que la enfermera le da las recomendaciones sobre el tratamiento que debe seguir?

- a) Si ()
b) No ()

28. ¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por la enfermera en cuanto a su tratamiento?

- a) Si ()
b) No ()

29. ¿Considera que el profesional de enfermera es receptivo a sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento?

- a) Si ()
b) No ()

ANEXO 03

Fecha: //

CÓDIGO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO**1. Título del proyecto**

“Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

2. El investigador (nombre, cargo en el proyecto, institución, teléfonos)

FAUSTINO CRUZ, Yesenia Sharon, alumna de la Universidad de Huánuco de la Escuela Académica Profesional de Enfermería – Huánuco. Cel. 962612230.

3. Introducción/ propósito

El objetivo del estudio es determinar la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

4. Participación

Participaran los adultos mayores que acudieron al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016

5. Procedimiento

Se le aplicara dos guías de entrevistas. Solo se tomará un tiempo aproximadamente de 15 a 20 minutos.

6. Riesgos/ incomodidades

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá gasto alguno durante el estudio.

7. Beneficio

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna ya actualizada sobre los derechos que tiene la mujer a nivel regional, nacional e internacional.

8. Alternativas

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

9. Compensación

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador no de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

10. Confidencialidad de la información

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que solo se emplearan para cumplir los objetivos antes descritos. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

11. Problemas o preguntas

Escribir al Email: yesy_25_28@hotmail.com o comunicarse al Cel. 962612230.

12. Consentimiento/ participación voluntaria

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

13. Nombre y firmas del participante y responsable de la investigación

Firma o sello del participante.....

Firma de la investigadora.....

Huánuco..... de..... del 2016

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DEL ESTUDIO:

“Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MÉTODOS
GENERAL			PRINCIPAL	
¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016?	Determinar la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016	H ₀ : No es determinante la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016 H _a : Es determinante la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016	Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas	<p>➤ TIPO DE ESTUDIO</p> <p>S. INVESTIGADOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observacional <p>S. PLANIFICACION DE LA MEDICIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prospectivo <p>S. MEDICIÓN DE VARIABLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transversal <p>S. NUMERO DE VARIABLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo <p>➤ DISEÑO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo <p>➤ POBLACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos mayores acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016. <p>➤ INSTRUMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta al Adultos mayores.
ESPECIFICOS			INDEPENDIENTE	
¿Cuáles son las características sociodemográficas que condiciona la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016?	Evaluar las características sociodemográficas que condiciona la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016.	H ₀ : No es determinante las características sociodemográficas que condiciona a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016 H _a : Es determinante las características sociodemográficas que condiciona a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016.	Características sociodemográficas	
¿Cuáles son las características familiares que condiciona a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016?	Identificar las características familiares que condiciona a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016.	H ₀ : No es determinante las características familiares que condiciona a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016. H _a : Es determinante las características familiares que condiciona a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016.	Características familiares	

¿Cuáles son las características del estado de salud que condicione la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016?	Identificar las características del estado de salud que condicione a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016	<p>H₀: No es determinante las características del estado de salud que condicione a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016.</p> <p>H_a: Es determinante las características del estado de salud que condicione a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016.</p>	Características del estado de salud	<p>➤ TIPO DE ESTUDIO</p> <p>S. INVESTIGADOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observacional <p>S. PLANIFICACION DE LA MEDICIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prospectivo <p>S. MEDICIÓN DE VARIABLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transversal <p>S. NUMERO DE VARIABLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo <p>➤ DISEÑO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo <p>➤ POBLACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos mayores acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016. <p>➤ INSTRUMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta al Adultos mayores.
¿Cuáles son las características socioeconómicas que condicione la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016?	Determinar las características socioeconómicas que condicione a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016.	<p>H₀: No es determinante las características socioeconómicas que condicione a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016.</p> <p>H_a: Es determinante las características socioeconómicas que condicione a la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016.</p>	Características socioeconómicas	
¿Es el régimen de adherencia relacionado con el paciente que interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016?	Definir si el régimen de adherencia relacionado con el paciente interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016.	<p>H₀: Definir si el régimen de adherencia relacionado con el paciente no interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016</p> <p>H_a: Definir si el régimen de adherencia relacionado con el paciente si interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016</p>	Régimen de adherencia relacionado con el paciente	

¿Es el régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente que interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016?	Identificar el régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente que condiciona adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016.	<p>H₀: Indicar si el régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente no interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016</p> <p>H_a: Indicar si el régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente si interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016</p>	Régimen de adherencia relacionado con el medio ambiente	<p>➤ TIPO DE ESTUDIO</p> <p>S. INVESTIGADOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observacional <p>S. PLANIFICACION DE LA MEDICIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prospectivo <p>S. MEDICIÓN DE VARIABLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transversal <p>S. NUMERO DE VARIABLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo
¿Es el régimen de adherencia relacionado con los medicamentos que interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016?	Establecer si el régimen de adherencia relacionado con los medicamentos interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016	<p>H₀: Establecer si el régimen de adherencia relacionado con los medicamentos no interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016</p> <p>H_a: Establecer si el régimen de adherencia relacionado con los medicamentos si interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016</p>	Régimen de adherencia relacionado con el medicamento	<p>➤ DISEÑO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo <p>➤ POBLACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos mayores acuden al Centro de Salud Acomayo-Chinchao, Huánuco 2016. <p>➤ INSTRUMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta al Adultos mayores.
¿Es el régimen de adherencia relacionado - médico - enfermero - paciente que interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016?	Fijar si el régimen de adherencia relación con el médico - enfermero - paciente interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016	<p>H₀: Fijar si el régimen de adherencia relación con el médico - enfermero - paciente no interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016</p> <p>H_a: Fijar si el régimen de adherencia relación con el médico - enfermero - paciente si interviene en el tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Acomayo – Chinchao, Huánuco 2016</p>	Régimen de adherencia relacionado con el médico, profesional de enfermería y paciente	